

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

POUR

N° 954

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre MORALI-DANINOS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 octobre 1933, à Alger

Présentée et soutenue publiquement le

196

ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DES PERTURBATIONS MENSTRUELLES

Président : M. VARANGOT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre MORALI-DANINOS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 19 octobre 1933, à Alger

Présentée et soutenue publiquement le

196

ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DES PERTURBATIONS MENSTRUELLES

Président : M. VARANGOT, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1960

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuéjoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Lœper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

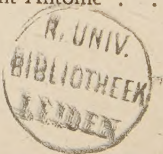
DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (<i>chaire à titre personnel</i>)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DE GAUDART d'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FÜNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Broussais
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
	KOURILSKY (R.)



MM.

Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	N...
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (<i>chaire à titre personnel</i>)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (<i>chaire à titre personnel</i>)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (<i>chaire à titre personnel</i>)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (<i>chaire à titre personnel</i>)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
	COQUINAUD (C.)		NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	OLIVIER (G.)	Bactériologie	BARBIER (P.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i>		CHRISTOL (D.)
	BUSSER (F.)		TOURNIER (P.)
	GOUYGOU (Ch.)	Biochimie médicale	DESGREZ (P.) <i>pr. s. ch.</i>
	ORCEL (L.)		POLONOVSKI (J.) <i>m. conf.</i>
	PAILLAS (J.)		SCHAPIRA (G.) <i>m. conf.</i>

MM.

Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.) <i>m. conf.</i>
Carcinologie . . .	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie .	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie . . .	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie . . .	Tuchmann-Duplessis (H.)
Hématologie . . .	BILSKI-PASQUIER (G.)
	DAUSSET (J.)
Histologie . . .	COUJARD (R.) <i>pr. s. ch.</i>
	MARois (M.)
	RACADOT (J.)
Hydrologie . . .	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses . .	BASTIN (R.)
	DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i>
	HADENGUE (A.)
	FOURNIER (E.)
	GUIENIOT (M.)
Médecine du travail . . .	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie . . .	DAVID (M.)
Neurologie . . .	LHERMITTE (F.)
	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
Obstétrique . . .	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	THOYER-ROZAT (J.)
Ophthalmologie . .	BRÉGEAT (P.)
	SARAUX (H.)
Orthopédie . . .	JUDET (R.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie . .	DEBAIN (J.)
Parasitologie . . .	BRUMPT (L.C.) <i>pr. s. ch.</i>
	CHABAUD (A.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CAUCHOIX (J.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
Pathologie chirurgicale .	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GERMAIN (A.)
	LAURENCE (G.) <i>agr. per</i>
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LOYGUE (J.)
	MERCADIER
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)

MM.

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale .	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LÉPER (J.)
	MAURICE (J.)
	PLAS (F.)
	RICHE (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUR (H.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGÉ (A.)
Pathologie médicale	CASTAGNE (P.) <i>m. conf.</i>
	CATINAT (J.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	FREZAL (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	MACREZ (C.)
	NICK (J.)
	PEQUIGNOT (H.) <i>m. conf.</i>
	ROYER (P.)
	WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture . .	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
Pharmacologie . . .	LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie . . .	PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) <i>m. conf.</i>
Pneumo-Phtisiologie . .	KREIS (B.)
Psychiatrie . . .	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
	CERNÉA (P.)
Stomatologie . .	CHAPUT (Mme A.)
	<i>m. conf. agr.</i>
	GRELLET (M.)
Thérapeutique . .	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro- rhumatologique	DE SÈZE (S.)
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
	HAGUENEAU (J.) <i>pr. s. ch</i>	Clin. pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) <i>prof. sans chaire</i>
Biochimie médicale	ETTORI (J.) <i>prof. à titre personnel</i>
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) <i>prof. sans chaire</i>

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlles CHAINTREUIL (G.), HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Je dédie cette thèse :

A MES PARENTS

*En témoignage de ma profonde affection
envers ma mère et envers mon père, le
Docteur André Morali-Daninos, à qui je
dois d'avoir appris cet abord particulier de
la médecine.*

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND-MÈRE
MADAME CHARLES SAYAG

Avec toute mon affection.

A MON ONCLE
MONSIEUR E. DANINOS

*Avec ma profonde reconnaissance pour
l'affection paternelle qu'il m'a toujours
témoignée.*

ET A MADAME E. DANINOS

A DANIELLE ET CHARLES F. FEENEY

Avec ma fraternelle affection.

A LA MÉMOIRE DE MARIE-CAROLINE PAILLARD

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUES VARANGOT

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Gynécologue-Accoucheur de la Maternité Port-Royal
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE MAYER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de nous avoir accueilli dans son service et de nous avoir enseigné l'approche humaine des problèmes médicaux et hospitaliers.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Par leur fréquence et leurs incidences quotidiennes, tant génitales que sociales, les perturbations du cycle menstruel représentent un domaine particulièrement important de la pathologie. Pour la malade qu'ils inquiètent, ces troubles constituent de fréquents motifs de consultation avec la crainte toujours présente d'une affection organique grave. Heureusement, la majorité des cas se limite à des troubles purement fonctionnels dont l'intérêt médical est cependant considérable en raison des douleurs, de l'incapacité et de l'inquiétude qu'ils provoquent.

D'après C.W. NIXON, 30 à 50 % des consultantes présenteraient des troubles fonctionnels, dont 20 % relèveraient de la pathologie psychosomatique, tandis que pour H. MICHEL-WOLFROMM, 37 % des consultantes relèveraient de la gynécologie psychosomatique.

Une statistique récente du service psychosomatique de la Maternité de Saint-Antoine a montré que près de 40 % des gestantes se plaignaient de troubles menstruels divers, au premier rang desquels la dysménorrhée.

Enfin, l'incidence familiale et professionnelle de ces troubles leur confère une importance sociale évidente (1) (absentéisme, inefficacité professionnelle, erreurs ou accidents du travail).

C'est pourquoi les aspects psychosomatiques, causes ou conséquences de ces troubles fonctionnels, ont retenu notre attention pour ce travail inaugural, à la base duquel deux remarques fondamentales :

- d'une part, la fréquence des manifestations émotionnelles, accompagnant l'expression des symptômes, même organiques ;
- d'autre part, l'efficacité thérapeutique parfois surprenante d'une attitude compréhensive et humaine de la part du médecin.

(1) L'importance de l'aspect social commanderait une étude à la fois statistique et sociologique que nous regrettons de ne pouvoir aborder dans le cadre du présent travail.

Le nombre et l'importance des travaux médicaux récemment consacrés à ce sujet, montrent bien que les praticiens et les gynécologues se familiarisent de plus en plus avec cet abord particulier de la maladie et des malades elles-mêmes.

Ce n'est que si les facteurs psychologiques paraissent importants au point de justifier l'intervention du médecin psychosomaticien ou du psychiatre que s'imposent alors, non seulement un examen clinique (entretien psychologique), mais aussi des examens de laboratoire (tests objectifs et projectifs).

Bien que les découvertes psychologiques sur lesquelles se fondent les données psychosomatiques récentes se répandent de plus en plus dans le monde médical, il nous a paru opportun de faire précéder notre travail d'un historique succinct et du rappel des caractéristiques principales du développement affectif de la femme.

Dans un second chapitre, nous abordons la classification clinique des perturbations menstruelles accompagnée d'un rappel physiologique élémentaire.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude des mécanismes pathogéniques dans leur aspect purement psychosomatique.

Nous avons choisi les observations parmi les cas étudiés par le service psychosomatique de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, pendant la période octobre 1951-août 1960, et dont nous avons pu suivre un certain nombre au cours de notre externat dans le service du Professeur Agrégé Maurice MAYER.

Nous reprendrons enfin l'ensemble du sujet, sous forme d'une discussion clinique et pathogénique générale.

DIVISIONS

Chapitre I : Caractéristiques du développement affectif de la femme.

Chapitre II : Classification des syndromes. Rappel clinique et physiologique élémentaire.

Chapitre III : Pathogénie psychosomatique.

Chapitre IV : Observations.

Chapitre V : Discussion et conclusions générales.

*« Ainsi le corps et l'âme, incomplets
par eux-mêmes, ont besoin du secours
l'un de l'autre. »*

(SALLUSTE, « Conjuración de Catilina »,
Livre I, § 1.)

HISTORIQUE

Il est aujourd'hui admis que les théories psychosomatiques modernes se retrouvent dans les œuvres médicales et philosophiques de toutes les cultures antiques. Dans l'histoire moderne, c'est le mouvement psychanalytique qui a permis le développement actuel de la médecine psychosomatique.

LE MOUVEMENT PSYCHANALYTIQUE

Il représente un effort d'humanisation visant avant tout à étudier le malade en tant qu'individu.

Pour FREUD, l'organisme humain est un ensemble fonctionnel fait de deux systèmes en relation réciproque, le physique et ses arcs réflexes, le psychologique et sa triple structure : id, ego et super ego. La libido ou énergie instinctive prenant son origine dans le « ça » (id), s'exprime et se justifie grâce au « moi » (ego) qui acquiert une maturation progressive en quatre stades : oral, anal, phallique et génital — chacun des quatre stades prenant à son tour la suprématie. Dans ce développement, l'intervention des interdictions morales et sociales contribue à former le « sur-moi » (super-ego). Chaque stade comporte des fantasmes et des émotions particulières dérivant des charges instinctives qui n'ont pas trouvé d'issue et qui sont restées réprimées.

Si cette répression est de courte durée et bien tolérée, elle prend un caractère éducatif et n'entraîne aucun trouble. Si la répression est prolongée et excessive, les fantasmes et émotions apparaîtront comme traumatiques, seront alors retirés de la conscience et retomberont dans l'inconscient.

En vertu d'une sorte de principe de conservation de l'énergie psychique, ces émotions ne peuvent disparaître, elles doivent se consommer en réactivant les stades précédents, ce qu'elles font sur le mode symbolique et sur les organes mêmes qui servaient originellement de

base aux instincts primitifs. C'est déjà une préfiguration des mécanismes psychosomatiques.

FERENCZI étend aux viscères cette conception freudienne de la conversion hystérique et décrit les « névroses d'organes ».

Mélanie KLEIN insiste plus que FREUD sur le caractère héréditaire des modalités de réaction des organes aux émotions. Elle ajoute à la théorie de la libido, la notion de l'agression primitive, liée au désir : « Le désir est confondu avec l'agression. »

GARMA soutient que la régression provenant d'une insatisfaction du désir peut s'exprimer physiologiquement et réactiver, en leur donnant la prédominance, les systèmes nerveux qui autrefois dirigeaient ces fonctions réprimées (innervation régressive).

LE MOUVEMENT PSYCHOSOMATIQUE

Pour Flanders DUNBAR, l'énergie psychique peut se transformer en symptômes physiques et *vice versa*. L'aspect clinique de ces interactions (trouble psychosomatique) varie suivant les « profils de personnalité » des sujets. Selon leurs prédispositions biologiques et leur histoire personnelle, les sujets « construisent » leurs symptômes dans le cadre de l'agression ou de l'évasion.

Rappelant que toutes les fonctions humaines, normales ou pathologiques, sont psychosomatiques, F. ALEXANDER soutient que toute émotion se traduit par la mise en jeu d'une partie définie du système nerveux autonome. Si elle est contenue, réprimée ou interdite, elle conduit, par une surtension dans ce système, à des troubles d'abord fonctionnels, puis lésionnels ; dans ces troubles, les deux parties antagonistes du système nerveux végétatif s'appellent réciproquement : l'excès de l'un déclenchant le fonctionnement hypercompensateur de l'autre.

Pour Lawrence KUBIE, les symptômes psychosomatiques dérivent de la relation du sujet avec l'ambiance, de son psychisme personnel et de ses réactions physiologiques propres. A chacun de ces trois facteurs correspond une partie spécialisée du système nerveux.

MARGOLIN et GRINKER retiennent l'idée de « systèmes hiérarchisés » qui sont entre eux dans une relation d'équilibre homéostatique. Au début, chaque système jouit d'une autonomie tissulaire locale. Au cours de l'évolution, il passe sous le contrôle de centres régulateurs de plus en plus haut situés. Ce développement ne s'obtient que par des frustrations progressives et répétées. La frustration apparaît ainsi, selon ces auteurs, comme un mal nécessaire.

H. WOLFF souligne l'importance de l'ambiance et des réactions musculaires, viscérales et vaso-motrices aux émotions : rougeur ou pâleur, gonflement ou déplétion, hypersécrétion ou tarissement, hypermotilité ou atonie. Ces réactions prennent une importance et une signification variables selon les cultures et selon les circonstances de la vie individuelle.

L'organisme peut réagir aussi bien à une perturbation actuelle qu'à une perturbation symbolisée : la réaction qui apparaît alors est une « dominante protectrice », tandis que toutes les autres qui restent latentes peuvent se manifester plus tard, d'où la variabilité des symptômes psychosomatiques.

RUESCH applique à la psychosomatique la théorie dite des communications : toute activité d'un individu constitue pour les autres individus un signal auquel ils réagissent par des signaux-réponses. Il y a trois catégories de signaux :

- corticaux ou symboliques, de nature graphique ou sémantique ;
- moteurs, exprimés par les gestes de la musculature striée ;
- autonomes, élaborés par les systèmes végétatifs, expression apparente des émotions.

Toute défaillance corticale reporte la charge des communications vitales sur le système musculaire. Si celui-ci n'est pas à la hauteur de sa tâche, ce sont les systèmes autonomes qui entrent en action, et leur activité entraîne une résonance viscérale, d'où les symptômes psychosomatiques.

Pour HALLIDAY, la maladie psychosomatique est de nature sociale. C'est la société toute entière qui subit une modification radicale du sens des valeurs, due aux pressions de tous ordres.

Ces modifications touchent la société à son point le plus sensible, c'est-à-dire à la relation mère-enfant.

CHAPITRE I

CARACTÉRISTIQUES PSYCHOSOMATIQUES DU DÉVELOPPEMENT AFFECTIF DE LA FEMME

Le développement des caractères d'un individu relève d'un processus très complexe où la constitution génétique léguée par les ascendants : dispositions innées, modalités réactionnelles neuro-végétatives et endocriniennes, — subit l'influence de l'environnement, de la famille, de la culture, de l'éducation, de la religion et du milieu social immédiat.

Ce développement, et plus particulièrement celui de la femme, est jalonné de nombreuses étapes dont la succession harmonieuse conduit à la maturité physiologique et affective.

Or, la sphère génitale constitue un point d'appel fréquent de troubles psychosomatiques. Il n'est donc pas inutile d'évoquer brièvement les différents stades du développement psychosexuel.

C'est un fait de connaissance banale que cette évolution débute avec la relation « mère - enfant ». La qualité de l'amour maternel reçu au cours des premiers mois de la vie, sans lequel aucune maturation vraie n'est possible, entraîne plus tard le sentiment de sécurité, de confiance en soi et la possibilité de communication avec soi-même et avec ses semblables. La mère, première source de satisfaction, est aussi pour la fille premier objet d'identification. La fille imite la mère, non tellement par « essence féminine » que par contagion psychique : ce sont les petites filles auxquelles on « permet ainsi d'être femme » qui bénéficient plus tard d'une vie sexuelle équilibrée. C'est du climat psychologique qui s'établit entre les époux, les enfants et les parents, les frères et les sœurs, c'est du statut familial de la femme, que va dépendre le succès ou l'échec de l'évolution psychosexuelle de la petite fille.

Le sexe féminin est par excellence nutritif, provéditeur de chaleur, d'alimentation, de communication humaine.

« A thing of beauty is a joy for ever :
Its loveliness increases; it will never
Pass into nothingness; but still will keep
A bower quiet for us, and a sleep
Full of sweet dreams, and health, and quiet breathing... »

John KEATS

Assez précocement, aux environs de trois à cinq ans, la découverte des différences morphologiques avec le petit garçon constitue pour la fillette une première déception : c'est là un phénomène important, générateur d'infériorité dans les cas pathologiques, car le garçon est culturellement pris pour supérieur à la fille. Dans les autres cas, les filles ne montrent pas de curiosité sexuelle précoce avant d'avoir parcouru un cycle de développement particulier d'admiration de soi, que l'on peut nommer « stade narcissique diffus ». C'est à ce moment que se développe plus particulièrement la sensibilité cutanée qui semble représenter les prodromes de la coquetterie féminine, dont on ne comprendrait pas autrement qu'elle joue un rôle si important dans la sexualité et la société.

Un peu plus tard, l'attrait œdipien pour le père provoque un conflit entre l'attrance vers la mère et le désir inconscient de la concurrencer dans l'affection du père. On y voit le signe annonciateur des relations de rivalité entre femmes, si souvent marquées d'ambivalence. Les phénomènes d'agression et d'indiscipline, fréquents à ce moment, doivent être compris et pardonnés par la mère, la compétition avec une mère agressive engendrant pour la fillette peur et culpabilité. La peur entraîne une inhibition qui amène un rejet de la féminité, dont les manifestations : frigidité, accouchements douloureux, adoption du rôle masculin et parfois homosexualité, régression à l'état de « femme-enfant », verront le jour plus tardivement. La culpabilité entraîne l'idée de punition, de châtiment, qui peut se projeter plus tard sur les fonctions essentielles de la féminité.

Certains événements peuvent modifier cette évolution :

- La grossesse de la mère, surtout si les notions de grossesse et d'accouchement ont été évoquées de manière inquiétante devant la fillette.
- La mort du père ou de la mère. En cas de disparition prématurée de la mère, le traumatisme est encore plus grand, si avant cet événement, la fillette avait conçu à l'encontre de la

mère ce désir œdipien de disparition. Il en résultera une culpabilité parfois indéracinable.

- La réactivation du traumatisme infantile lié aux différences sexuelles ravive parfois le sentiment de l'infériorité féminine. Nocive également, la découverte des organes génitaux adultes quand, par nudisme délibéré, pour des raisons « d'évangile du soleil », par négligence ou exhibitionnisme, ou le plus souvent par désir inconscient d'exciter leurs enfants, les parents se montrent nus.

La période de latence qui va suivre n'a en fait de latent que le nom ; c'est un palier dans l'apprentissage psychosexuel. Il n'y a pour s'en convaincre qu'à observer les jeux des enfants à cet âge, et notamment les jeux de poupée ; on peut y voir un thème fondamental : on aime sa poupée comme on est aimé, ou comme on voudrait être aimé par sa mère ; un thème second : la poupée joue mon rôle, je la traite comme un second moi-même ; et un thème accessoire : la poupée représente le petit frère ou la petite sœur.

Pendant cette période de latence, les compensations névrotiques du manque d'affection peuvent déjà être dépistées à leur début : c'est l'anorexie en rapport avec le sentiment de culpabilité, la boulimie, excès compensateur de satisfaction orale ou cuirasse graisseuse d'indifférence et de non compétition féminine.

Les parents étant « infaillibles », l'enfant qui n'est pas aimé pense être indigne de l'être, se constitue une personnalité dans la rébellion, ou se dissocie dans l'infériorité qui, pour la fille, s'exprime par le refus de la féminité (non aimée parce que fille).

A l'époque pré-pubertaire, les difficultés s'aggravent souvent dans l'atmosphère de crainte, d'humiliation et de culpabilité, qui accompagne les sensations érotiques que la petite fille commence à ressentir ; d'où lutte contre ses propres désirs, timidité et modifications de l'humeur, changement radical de l'attitude : de rieuse, gaie et sociable, la fille devient triste, sauvage.

La puberté, avec l'apparition des premières menstruations, représente un événement considérable, parfois même un traumatisme important. Trop souvent considérée comme honteuse, impure, l'apparition des premières règles peut s'accompagner d'un sentiment d'angoisse, d'autant plus fort, que cette période va parfois de pair avec des activités autoérotiques qui augmentent le sentiment de honte et de culpabilité infériorisante.

C'est pourquoi les règles qui signifient accession à la féminité et à la fécondabilité, ne sont pas toujours acceptées par la fillette.

« Accepter d'être réglée signifie être capable de renoncer aux satisfactions passives de la prime enfance et d'accéder aux satisfactions longtemps défendues de la vie adulte, c'est donc être capable de s'émanciper de sa propre mère et digne de devenir mère. » (RACAMIER.)

La première menstruation symbolise en quelque sorte une initiation à la sexualité, organisée par la nature. La société dite primitive se défend contre la femme menstruant car la douleur, le sang, réveillent les anxiétés de mort et de mutilation.

« Et quand une femme éprouvera son flux de sang plusieurs jours en dehors du temps de sa souillure, ou quand elle éprouvera un flux au delà du temps de sa souillure, tous les jours de son impureté, elle sera impure comme aux jours de sa souillure. » (LÉVITIQUE, xv, 25.)

Des manifestations psychologiques inconscientes se traduisant sur le comportement par une défense contre la sexualité, une agressivité contre la mère, peuvent précéder dans la puberté tardive ou suivre dans la puberté précoce la première menstruation.

L'adolescence, époque de transition conflictuelle entre l'enfance et l'âge adulte, moment des premières difficultés d'intégration sociale, détermine la forme que prendront plus tard les apprentissages sentimental et sexuel.

Les femmes ressentent les limitations d'activité imposées par les menstruations. Dans notre société essentiellement compétitive (« monde d'hommes » de GILL), ces limitations prennent un caractère infériorisant, et les femmes élevées dans ce schéma culturel défavorisant, dont les caractéristiques ont été établies par EASLEY, réactivent leurs conflits émotionnels à chaque menstruation.

L'état affectif varie avec les différentes phases du cycle menstruel (GRÉGORY, BENEDEK) :

— A la phase dite folliculinaire, correspondrait une période d'excitation hétérosexuelle culminant à l'ovulation sous forme d'une tendance passive et réceptive.

— Vient ensuite une phase d'équilibre entre progestérone et folliculine, dite de latence.

— Puis, élaboration de progestérone seule ; pendant cette période, se verrait une réactivation des désirs ou des craintes de la grossesse avec parfois défense contre cette dernière. La période pré-menstruelle qui en marque le terme constitue une phase régressive sur le plan psychologique (« névrose récurrente » de la femme) avec réactivation des expériences infantiles imprimant à la sexualité une orientation parfois moins exclusivement génitale. Cette période s'accompagne

quelquefois d'une hyperactivité et d'une tension physique et nerveuse, le syndrome pré-menstruel.

— Enfin, l'apparition des règles voit le réveil des craintes, des culpabilités anciennes non résolues, des regrets de grossesse absente en cas d'inaptitude, ou des culpabilités de type abortif.

Plus tard, le mariage, le célibat prolongé, les conflits familiaux, les craintes ou les désirs de grossesse, voire les grossesses trop souvent répétées, les avortements spontanés ou non, l'éducation des enfants, les questions financières et domestiques représentent autant de problèmes qui, mal résolus, peuvent occasionner des perturbations émotionnelles troublant l'équilibre affectif.

Mais on se souviendra que ces problèmes, quelle que soit leur importance actuelle, n'ont de valeur pathogène vraie que dans la mesure où ils réactivent les conflits de l'enfance.

Ainsi, les troubles du développement affectif de la femme se traduisent par la perte ou le refus conscient ou non de la féminité, qui représente le désordre majeur retrouvé dans les perturbations menstruelles, celles-ci constituant le domaine le plus fréquent et le plus riche de la gynécologie fonctionnelle (MENNINGER, Hélène DEUTSCH).

« Dites-vous bien que la maladie est pour l'organisme un moyen de chasser ce qui lui est contraire. Il faut donc aider cette maladie à suivre son cours. »

(Rainer-Maria RILKE, 1904.)

CHAPITRE II

CLASSIFICATION DES PERTURBATIONS MENSTRUELLES

RAPPEL CLINIQUE

ET PHYSIOLOGIQUE ÉLÉMENTAIRE

Les modifications pathologiques du cycle menstruel sont nombreuses et très diverses. Les dysménorrhées, les ménorragies, les règles irrégulières représentent, avec le syndrome pré-menstruel, les perturbations les plus fréquentes. Pour C.W. NIXON, dans une statistique de 600 cas psychosomatiques, les ménorragies et surtout les dysménorrhées sont plus fréquentes que les aménorrhées. De même H. MICHEL-WOLFROMM, sur 146 observations, distingue :

- 36 dysménorrhées ;
- 16 oligoménorrhées.

Il nous a paru nécessaire, dans un but de classification, d'exposer les syndromes selon la schématisation classique (COTTE) : modifications par défaut, par excès, qualitatives.

1° ANOMALIES PAR DÉFAUT :

- écoulement retardée : oligoménorrhée ;
- écoulement diminué : hypoménorrhée ;
- écoulement supprimé : aménorrhée.

2° ANOMALIES PAR EXCÈS :

- règles trop fréquentes : polyménorrhées ;
- règles trop abondantes : hyperménorrhées ;
- règles irrégulières : métrorragies.

3° ANOMALIES QUALITATIVES :

- règles douloureuses : dysménorrhée ;
- le syndrome pré-menstruel.

I. — ANOMALIES PAR DÉFAUT

Ces modifications peuvent aller de l'arrêt total — aménorrhée et modifications observées au cours de l'anorexie mentale et de la grossesse nerveuse — à un retard occasionnel, aux oligoménorrhées et aux hypoménorrhées.

L'AMENORRHEE

Beaucoup de travaux ont été consacrés à l'aspect psychologique de l'aménorrhée, connu depuis longtemps, et en particulier à l'aménorrhée succédant à un choc émotionnel intense ou survenant sur un terrain psychique particulier.

Plus intéressantes parce que plus complexes sont les aménorrhées de cause moins évidente.

Si la jeune fille n'a jamais présenté de flux menstruel, l'aménorrhée est primitive ; elle est secondaire si elle survient chez une femme qui a été déjà réglée.

Dans une statistique de 1933, STRACHAN et SKOTHOWE notent une augmentation des symptômes fonctionnels gynécologiques chez les malades psychiatriques, avec une fréquence plus grande chez les psychotiques, alors que la dysménorrhée est plus fréquente chez les femmes réputées normales.

	Sur 1.000 malades gynécologiques	Sur 250 malades psychiatriques
Ménorragies	1,3 %	7,5 %
Oligoménorrhées	1,3 %	6,9 %
Aménorrhées	1,9 %	11 %
Dysménorrhées	10 %	3 %

De même, RILEY et PAPANICOLAOU (1943) constatent chez les malades de psychiatrie, et en particulier chez les schizophrènes, une fréquence plus grande des troubles des règles.

	<i>Aménorrhée</i>	<i>Retards de cycle</i>
Schizophrènes	18 %	31 %
Dépressives	14 %	33 %
Maniaques	12 %	19 %

Pour GREGORY, il y aurait 74 % d'aménorrhée chez les schizophrènes. Les facteurs psycho-pathologiques augmentent donc la fréquence des perturbations du cycle menstruel.

Une absence de règles pendant plus de soixante jours établit le diagnostic d'aménorrhée. Après avoir éliminé par la clinique et le laboratoire :

- une cause organique ;
- une cause endocrinienne ;
- nutritionnelle ;
- une psychose grave, l'intoxication par la morphine ;
- et bien entendu une grossesse ;

on s'efforcera, si le climat psychologique de la malade éveille ces soupçons, de rechercher une étiologie émotionnelle évidente, un choc intense, une transplantation récente précédant de peu l'installation de l'aménorrhée.

L'aménorrhée peut être isolée ou s'accompagner d'obésité (parfois 10 kg et plus en quelques mois) ou d'amaigrissement (DECOURT et MICHARD).

L'aspect hormonal des aménorrhées, bien étudié par REIFENSTEIN (1946), se traduit principalement par une diminution de la sécrétion de lutéino-stimuline (LH) succédant à une inhibition hypothalamique et entraînant une perturbation de la succession des phases folliculiniennes et lutéiniques, objectivée par les examens biologiques. REIFENSTEIN les appelle donc aménorrhées hypothalamiques.

Le défaut de LH, empêchant la production d'œstrogènes par le follicule ovarien, entraînerait également un arrêt de menstruation par atrophie de l'endomètre (KLINEFELTER, ALBRIGHT, GREENHILL).

Cependant, en cas de stress émotionnel, entraînant une interruption brutale des règles, on ne conçoit pas qu'une modification endocrinienne puisse en quelques heures mettre fin au flux (DECOURT).

Intervient alors une mécanisme sympathique vaso-constricteur, par action nerveuse directe sur les vaisseaux de l'endomètre, probablement doublé d'une décharge d'adrénaline par les surrénales entraînant une vaso-constriction des artérioles de la muqueuse et d'une contraction du muscle utérin, d'origine centrale, comprimant les artères qui le traversent, d'où arrêt brutal des règles.

LES MODIFICATIONS DES REGLES DANS L'ANOREXIE MENTALE

Elles sont bien connues chez les jeunes filles émotionnellement perturbées où, après une aménorrhée, s'installe un amaigrissement rapide.

L'aménorrhée est souvent le signe révélateur, car l'amaigrissement n'est pas remarqué au début. En raison de la prépondérance du facteur psychologique dans ces aménorrhées, on sait que le seul traitement consiste en l'éloignement de la famille, l'isolement et la psychothérapie.

LES PHENOMENES PSEUDO-GESTATIFS

L'aménorrhée tient également une place importante dans les phénomènes pseudo-gestatifs.

La « grossesse nerveuse » est connue depuis fort longtemps puisque HIPPOCRATE en a décrit douze. Elle est mieux connue depuis le xvi^e et le xvii^e siècle (Ambroise PARÉ, MAURICEAU). En régression depuis le début du xx^e siècle — on en retrouve 77 cas entre 1900 et 1908, époque où on la rencontrait le plus fréquemment, alors qu'il en existe seulement 5 à 600 cas dans la littérature mondiale — elle est devenue rarissime et l'on n'en voit pratiquement jamais. Elle constitue donc une curiosité classique. Une malade de RUSSEL (1824) avait présenté jusqu'à 20 grossesses nerveuses typiques.

Le tableau simule celui de la gestation, l'aménorrhée est nette et franche, l'augmentation du volume de l'abdomen est plus importante que ne le voudrait l'âge présumé de la grossesse, et comme la hauteur utérine est difficile à mesurer et que le toucher vaginal est souvent peu aisé, les erreurs sont facilitées.

D'après VALETTA :

- l'aménorrhée est le symptôme le plus fréquent : 274 fois ;
- l'augmentation de volume de l'abdomen : 272 fois ;
- augmentation du volume des seins : 260 fois ;
- perception des « mouvements du fœtus » : 219 fois ;
- début de travail : 168 fois.

LES OLIGOMENORRHEES

Dans le cadre des anomalies par défaut, les oligoménorrhées caractérisent les cycles plus rares, longs, durant plus de quarante-cinq jours.

Le bilan hormonal est quasi normal, et on ne les considère pas comme pathologiques.

LES HYPOMENORRHEES

Elles définissent des règles peu abondantes et de courte durée, durant vingt-quatre heures environ. Elles inquiètent la jeune femme, d'autant que souvent un traumatisme émotionnel, des ennuis familiaux, conjugaux ou sociaux mettent l'accent sur ce syndrome parfois déjà ancien.

II. — ANOMALIES PAR EXCÈS

Les polyménorrhées (avec ménorragies), les métrorragies, les règles irrégulières entrent dans ce cadre.

LES POLYMENORRHEES

Symptômes relativement fréquents, les hyperménorrhées sont des règles survenant à date normale, mais anormalement prolongées et abondantes.

Après avoir éliminé toute étiologie organique, on cherchera un facteur émotionnel déclenchant. Un choc, une frayeur peut occasionner une vaso-constriction entraînant hyperhémie réactionnelle, congestion vasculaire utérine et saignement (DE WERRA). La forme ménorragique des congestions pelviennes est bien connue (FAURE et SIREDEY). On sait également en expérimentation animale que les vaisseaux sanguins des transplants oculaires d'endomètre réagissent aux facteurs émotionnels.

On pourrait ainsi représenter le cycle pathogénique : émotion chronique, spasme, ischémie, nécrose, qui s'étendant aux vaisseaux eux-mêmes, provoque la béance et l'hémorragie (WINTHER). Les facteurs de transmission humorale du type acétylcholine pourraient dans certaines conditions déclencher le saignement en servant de relais chimique aux excitations nerveuses.

LES METRORRAGIES

Elles constituent un syndrome assez peu fréquent en gynécologie psychosomatique. Elles s'accompagnent dans ce cas de troubles fonctionnels divers et surviennent chez des femmes où l'on ne retrouve aucune lésion organique qui puisse expliquer le saignement.

L'IRREGULARITE DES REGLES

Désordre commun, souvent accompagné de céphalée, de migraine, d'asthénie, entre également dans la catégorie des anomalies par excès.

III. — LES ANOMALIES QUALITATIVES

LES DYSMENORRHEES PSYCHOSOMATIQUES

Elles sont d'une très grande fréquence, puisque d'après NIXON, 10 % des consultant^{es} de gynécologie présentent une dysménorrhée, en rapport dans 20 % des cas avec un déséquilibre affectif. De même, H. MICHEL-WOLFROMM signale que la dysménorrhée est liée à un déséquilibre affectif, une fois sur cinq.

Elle est caractérisée par une douleur hypogastrique diffuse, sans localisation précise, intéressant tout l'abdomen, précédant parfois de vingt-quatre à trente-six heures le flux menstruel et pouvant l'accompagner pendant toute sa durée.

On distingue la dysménorrhée primaire où la douleur survient dès le début des premières règles et les dysménorrhées secondaires qui apparaissent vers l'âge de vingt à trente ans, après une période assez longue de règles normales.

On n'acceptera comme dysménorrhée fonctionnelle que les cas où, après élimination de toute cause organique : inflammation des paramètres, exocervicite, endométriose, kyste de l'ovaire, rétroversion utérine, etc., on aura pu établir l'évidence d'un trouble psychologique.

Le mécanisme par lequel le trouble psychologique est transmis de ses origines dans le système nerveux central jusqu'aux terminaisons nerveuses dans les organes considérés n'a rien de bien particulier ni de bien mystérieux. On connaît le retentissement des émotions, des joies, des peurs, sur certains organes :

- muscles : contractions, spasmes, douleurs ;
- vaisseaux : congestion, constriction, anoxie ;

- cœur : tachycardie, bradycardie réflexe, crises sténocardiques ;
- sang : concentration sanguine, hyperglobulie, hypocholestérolémie, hypercoagulabilité, hyperviscosité, augmentation du chlore globulaire, hyperglycémie, qui forment les éléments du « stress » ;
- milieu physico-chimique : histamine, adrénaline et autres substances humérales libérées.

On peut comprendre dès lors qu'un organe sensible et vascularisé comme l'utérus soit le siège d'élection des troubles émotionnels relatifs à la fonction sexuelle, le mécanisme de transmission se faisant :

- 1° par voie nerveuse : rôle du système nerveux autonome (GREGORY) ;
- 2° par voie humorale ou par l'intermédiaire de troubles électrolytiques (rétention de sodium par exemple).

Plusieurs hypothèses ont été émises, expliquant la naissance des phénomènes douloureux au niveau de l'utérus. Cinq groupes de facteurs au moins entrent en jeu au niveau des organes, et en particulier de l'utérus.

1. LES FACTEURS NERVEUX

Un des plus importants de ces facteurs est l'abaissement du seuil de la douleur (HAMAN, 1944) : chez les dysménorrhéiques, des contractions utérines normalement indolores arriveraient à la conscience sous forme douloureuse.

Ce sont probablement des corpuscules nerveux sensoriels, hautement spécialisés, décrits par KEIFFER, au niveau de l'orifice interne du col, dont l'hyperexcitabilité déclenche des contractions (trigger area : aire gâchette). Il est probable que les contractions ainsi provoquées ne soient pas analogues aux contractions physiologiques, elles sont peut-être plus brutales et moins coordonnées, donc douloureuses.

On a invoqué également (DAVIS) une dégénérescence et une infiltration interstitielle des cellules ganglionnaires des nerfs sympathiques utérins.

2. LES FACTEURS MUSCULAIRES

Il est vraisemblable que des contractions trop fortes du muscle utérin entraînent des crampes douloureuses et arrêt circulatoire avec ischémie douloureuse secondaire du myomètre (MOIR) réalisant une

véritable claudication intermittente, ou encore que des contractions utérines incoordonnées aboutissent à une hyperpression intra-utérine.

On observerait chez les hystérectomisées et dans les cas d'absence congénitale d'utérus (HUNTER) des douleurs cycliques rapportées à l'utérus et analogues à celles du membre fantôme chez les amputés. En outre la sommation menstruelle des excitations entraîne comme conséquence thérapeutique l'interruption du cercle vicieux douloureux dès son début, et à chaque période, dès le début de celle-ci (VARANGOT).

3. LES FACTEURS HORMONAUX

Selon certains auteurs (KUZROK et WILSON, STURGISS et ALBRIGHT, VARANGOT, GREGORY, KROGER et FREED), il n'y a pas de dysménorrhée si l'ovulation n'a pas lieu. Plus exactement c'est l'existence du corps jaune fonctionnel qui conditionne la perception des douleurs. Il est donc logique d'inhiber l'ovulation par des œstrogènes donnés au début du cycle. Cette technique utilisée par VARANGOT en 1945, BISHOP et ORTI en 1952, entraîne une sédation des douleurs, contemporaine de la thérapeutique et de qualité supérieure à celle obtenue par les calmants usuels.

Chez d'anciennes dysménorrhéiques, ovariectomisées mais non hystérectomisées, les menstruations artificielles provoquées par la seule folliculine sont indolores, alors qu'elles redeviennent douloureuses si le traitement comporte de la progestérone.

4. LES FACTEURS VASCULAIRES

Ce qui est vrai pour les muscles utérins est probablement vrai pour les muscles vasculaires. BICKERS a décrit un défaut physiologique du muscle utérin entraînant l'ischémie du myomètre avec crampe douloureuse consécutive.

5. LES FACTEURS TISSULAIRES

Les troubles métaboliques locaux produisant l'œdème interstitiel, l'autolyse *in situ* des protéines ou la libération d'histamine, contribuant à l'irritation des terminaisons sensibles, augmentent les douleurs ou provoquent par réflexe des contractions elles-mêmes douloureuses.

Si nous avons cité tous ces facteurs avec quelque détail, c'est non seulement parce qu'ils constituent un champ largement ouvert à l'investigation physio-pathologique, mais aussi parce qu'ils peuvent avoir une incidence thérapeutique importante.

LE SYNDROME PREMENSTRUEL

Le syndrome prémenstruel constitue l'ensemble des modifications physiques et psychiques précédant les règles et les annonçant, cédant brusquement lors de leur apparition ou, au plus tard, vers le deuxième ou le troisième jour de celles-ci.

Ces modifications, présentes chez 85 % des femmes, seraient suffisamment intenses chez 40 % d'entre elles pour entraîner de sérieux troubles et même une réelle maladie (WITTKOWER, KROGER et FREED). Les perturbations du comportement principalement observées sont :

- mésentente conjugale, difficultés domestiques et sociales ;
- inefficience chez les femmes qui travaillent avec incidences économiques ;
- on sait de même que, pendant cette période, les suicides et les crimes sont plus fréquents.

On peut rencontrer tous les degrés, depuis la pesanteur pelvienne, le gonflement, la tension des seins qui deviennent douloureux, la rétention aqueuse généralisée, jusqu'aux perturbations neuro-psychiques appelées dépressions prémenstruelles (BENEDEK et RUBINSTEIN, FRANK, KROGER et FREED) et composées d'asthénie, d'anxiété, d'émotivité, de céphalées, d'impatience avec l'entourage.

Les explications sont nombreuses : TAYLOR estime que l'engorgement vasculaire, la congestion passive des organes pelviens, maxima à l'époque prémenstruelle contribuent à augmenter l'inconfort et la douleur. Cependant, pour de nombreux auteurs (BRICAIRE et LEPRAT, KROGER et FREED) les symptômes de tension prémenstruelle seraient secondaires à des influences hormonales.

À l'appui de l'hypothèse hormonale, KROGER et FREED citent le cas des femmes obèses qui commencent à se plaindre de nombreux troubles prémenstruels (et de dysménorrhée) dès qu'elles perdent du poids ; la perte de poids se traduisant par le retour à des cycles ovulatoires normaux, par l'apparition de symptômes prémenstruels et la possibilité de devenir enceinte.

1° *Le rôle de l'excès de folliculine* ne paraît pas démontré ou seulement dans un très petit nombre de cas. GELLEZ, VALLIN, JAYLE constatent que chez 200 femmes présentant les symptômes prémenstruels, l'hyperfolliculinie est absente dans 85 à 95 % des cas.

2° On retrouve une *hyperandrogénie* dans 8 % des cas seulement (SENDRAIL) avec augmentation du rapport androgènes/oestrogènes et augmentation des 17-cétostéroïdes.

3° Par contre on retrouve une *carence en progestérone* dans 60 à 72 % des cas (statistique de GELLEZ et collaborateurs portant sur 232 femmes atteintes de syndrome prémenstruel). L'abaissement du rapport progestérone/œstrogènes a été également invoqué.

4° On a également soutenu que les *stéroïdes* (plus spécialement les œstrogènes) agissaient sur l'utérus, non seulement en valeur absolue ou relative, mais par des réactions allergiques qu'ils provoqueraient *in situ* chez des sujets sensibilisés. L'hypersensibilité engendrant la libération d'acétylcholine et surtout d'histamine.

5° Les perturbations humorales de l'organisme tout entier retentissent plus que d'habitude sur l'irritabilité du système nerveux pendant la période prémenstruelle. MORTON en a donné un exemple en mettant en relief le rôle de l'hypoglycémie.

« La médecine, pour être de la bonne médecine, doit être psychosomatique, sans préjuger de la mesure dans laquelle les facteurs psychologiques possèdent une signification étiologique. »

(WITTKOWER.)

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

La médecine psychosomatique peut être envisagée comme une approche « multidimensionnelle » de la maladie. Cela signifie que le médecin considérera non seulement la maladie dans ses symptômes et son diagnostic mais aussi l'histoire de la personne avant l'apparition du processus morbide et la réaction de la personne à celui-ci, qu'il tiendra compte de l'ambiance familiale, sociale, culturelle et même géographique ou climatique, et surtout qu'il essaiera de pénétrer la motivation de la maladie, c'est-à-dire la place de celle-ci dans une série d'événements qui intéressent la malade et dans laquelle elle est un chaînon et non pas une fin.

Poser le diagnostic d'une affection psychosomatique c'est donc reconnaître à cette affection plusieurs facteurs pathogènes en relation réciproque, ces facteurs pouvant être des prédispositions constitutionnelles, des expériences psychiques précoces ou des faits actuels, d'où évidemment la conception de la maladie psychosomatique comme une solution d'ensemble apportée par la malade à une situation complexe.

C'est pourquoi il sera toujours difficile de dire qu'un trouble fonctionnel donné ou qu'une difficulté psychologique déterminée, auront été le *primum movens* de la maladie, d'où la vanité des discussions sur la psychogénèse puisque la relation esprit-corps est dans un état de flux et de reflux dynamique constant.

Répondant à une enquête effectuée par BRISSET et SAPIR à l'occasion du I^{er} Congrès de Médecine Psychosomatique de Langue française (Vittel, juillet 1960), une centaine d'auteurs français et étrangers insistent sur l'importance de l'étude complète du malade sous l'angle organique et physiologique avant de conclure à une pathogénie

psychologique exclusive ; mais la majorité d'entre eux s'accorde pour reconnaître dans beaucoup de maladies fonctionnelles et chroniques un facteur psychologique important sinon déterminant.

C'est pourquoi nous proposerions dans ce travail une conception de la pathogénie qui reconnaîtrait des altérations pathogènes à trois niveaux différents :

1) *Le niveau local*, organes et groupes d'organes impliqués dans une même fonction : c'est le domaine de la pathogénie physiologique *in situ*.

2) *Le niveau de la communication inter-organes* ou de la transmission neuro-humorale : c'est le domaine de la neuro-physiologie et de la neuro-endocrinologie, et enfin :

3) *Le domaine de la communication de l'individu avec lui-même et avec les autres* (signification corporelle, morale et sociale des symptômes) : c'est le domaine de la psychologie pathologique. Les deux premiers mécanismes pathogéniques ont été décrits au chapitre précédent. Nous abordons à présent le troisième facteur pathogénique :

LE NIVEAU DE LA PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE

Les innervations embryonnaires sont interoceptives et se rapportent aux organes de la vie instinctive. Les messages concernant la vie de relation ne viennent qu'ensuite superposer leurs traces à ceux de la vie végétative.

Il en résulte que tout message exteroceptif a un correspondant (ou plusieurs) interoceptif et que toute trace mnémonique d'activité extraversive correspond à une trace d'activité introversive, celle-ci correspondant à la libération d'énergie et à la préparation viscérale nécessaires à l'exercice de celle-là.

Cette correspondance elle-même laisse une trace, si bien que tout ce qui sollicite la sensibilité exteroceptive ou l'activité extraversive met également en jeu la partie correspondante de la sensibilité interoceptive et de l'activité introversive.

MAC LEAN soutient que ces associations entre perceptions internes et externes, souvenirs affectifs ou moteurs, s'effectuent au niveau de la circonvolution limbique (rhinencéphale) et ce, grâce à des fibres d'association par lesquelles cette circonvolution relie les centres nerveux sympathiques et vagues au néocortex et à la région hypothalamo-hypophysaire.

Ainsi cette partie du cortex peut être considérée comme un intérateur de passé et de présent, d'affectivité et de motricité, d'externe et d'interne.

Son architecture histologique, moins perfectionnée que celle du néocortex, ne lui permet d'interpréter les messages qui la traversent qu'en termes sommaires, affectifs, au point que le néocortex lui-même ne peut pas déchiffrer ces messages écrits « en code ».

Ainsi l'hyperactivité de cette circonvolution limbique et la difficulté qu'éprouve le néocortex à déchiffrer les messages qu'elle émet expliquent le caractère confus est variable des troubles psychosomatiques.

* *

Bien que la chaîne complète des actions qui mènent du trouble psychologique au symptôme, bien que les mécanismes eux-mêmes ne soient pas constants dans leurs aspects, bien que le traitement psychologique enfin soit loin de produire des résultats uniformément favorables, on admet presque universellement que l'émotion prolongée provoque au niveau de l'appareil génital féminin des troubles qui retentissent sur les trois grands aspects de la fonction sexuelle : menstruation, capacité orgastique, fertilité.

Mais le choix de l'organe atteint, ou mieux, la détermination fonctionnelle des troubles, ne sont pas encore suffisamment expliqués. Le même état d'urgence ou d'inquiétude peut se traduire chez l'une par une ménorragie, chez l'autre par une aménorrhée. De plus, tout état émotionnel ne donnera pas forcément naissance à un trouble psychosomatique ; la notion de prédisposition individuelle intervient ici, la réponse à un traumatisme affectif dépendant :

- 1° Des modalités réactionnelles propres à chaque individu.
- 2° De l'intensité du traumatisme ou de sa répétition.

1. LES MODALITÉS RÉACTIONNELLES : LES DISPOSITIONS INDIVIDUELLES

Nous avons vu au chapitre premier le rôle des prédispositions héréditaires, des facteurs innés. Nous savons que l'éducation, en tant que préparation psychologique, les modifie qualitativement et que c'est en fonction de cet ensemble qui va former la personnalité, que l'organisme réagira plus tard aux perturbations émotionnelles.

Lorsque, à la suite d'un défaut de développement affectif, la personnalité n'atteint pas une maturité suffisante, on conçoit que la réponse à une agression psychique ne soit ni harmonieuse ni adaptée. Cette réponse sera trop ou trop peu intense, hors de proportion avec la cause qui lui a donné naissance, et le sujet, conscient ou non de

cette disproportion va bloquer la réaction par interdiction consciente ou inhibition inconsciente.

C'est secondairement que cette énergie non utilisée et accumulée au cours des agressions répétées va se projeter sur certains organes récepteurs dont le choix n'est pas le fait du hasard : la projection qui affecte l'utérus et les annexes est celle des rêves, des fantasmes, des conflits et des conceptions irrationnelles liées dès l'enfance à la sexualité.

Les mêmes causes émotionnelles dont la répétition entraîne les mêmes effets déterminent au bout d'un temps variable des lésions irréversibles, et la maladie psychosomatique nous apparaît alors comme une adaptation de mauvaise qualité et inefficace à l'environnement (MAYER et A. MORALI-DANINOS).

2. L'INTENSITÉ ET LA FRÉQUENCE DES TRAUMATISMES

Les traumatismes émotionnels intenses, brutaux sont aisément retrouvés et rattachés aux troubles qu'ils ont provoqués. Ainsi la peur chronique associée aux privations a provoqué une aménorrhée chez 15 % des femmes des camps d'internement japonais à Manille (WHITACRE et coll., 1944) ; de 732 femmes ayant subi une tentative de viol, 73 présentèrent une aménorrhée (statistique de SHRANKE, 1949).

Mais, très souvent, ce sont des traumatismes minimes et répétés, voire oubliés depuis longtemps ou inconsciemment réprimés qui occasionnent, par leur répétition ou leur survenue à une époque particulièrement difficile de la vie affective, une sensibilisation telle, qu'un autre traumatisme minime pourra les réveiller, déclenchant ainsi le début de la maladie psychosomatique.

* *

Le fait même que les affections psychosomatiques ne se déclenchent que dans une proportion limitée de cas implique l'existence de facteurs pathogènes plus profonds que nous proposons de systématiser ainsi :

1) LE REFUS DE LA FÉMINITÉ

La renonciation à la féminité est le facteur le plus souvent retrouvé dans les perturbations menstruelles. Ses racines sont anciennes et les troubles provoqués : aménorrhée, dysménorrhée, syndrome prémenstruel sont en rapport avec ce désordre profond de la personnalité.

Dans l'étiologie de ce refus de la féminité, on retrouve généralement un des facteurs suivants :

- mauvaise relation mère-fille ;
- complexe d'Œdipe non résolu ;
- rivalité fraternelle ;
- peur et dégoût des règles.

a) MAUVAISE QUALITÉ DE LA RELATION MÈRE-FILLE

Décrivant au chapitre de développement affectif le rôle important et décisif de l'amour maternel donné au tout début de la vie, nous avons laissé prévoir les conséquences pathogènes (insécurité et anxiété) de cette frustration de tendresse.

Ces conséquences sont multiples :

— *Attitude agressive :*

L'agression envers la mère est retrouvée dans l'anamnèse de certaines aménorrhées au début de l'anorexie mentale.

C'est la révolte envers celle qui n'a pas assez donné, ou pas assez bien. Cette revendication affective s'exprime par un antagonisme permanent, vigilant et possessif : l'enfant ne se résigne pas à perdre l'affection si nécessaire, elle lutte avec maladresse pour la garder malgré les preuves évidentes d'abandon.

Quelquefois le sentiment de révolte s'étend jusqu'à la négation de la filiation (« elle ne peut pas être ma mère puisqu'elle ne m'aime pas ») et engendre le doute sur l'origine, avec phantasmes compensateurs de naissance dans un autre milieu.

Plus tard le désir œdipien de disparition de la rivale entraîne l'agression et la culpabilité consécutive. Ces manifestations restant inconscientes « sont projetées sur le tractus génital » (SIMMEL).

La mort précoce de la mère, surtout par maladie génitale, entraîne dans ce cas une réactivation de la culpabilité et un deuil prolongé.

— *Attitude de renoncement :*

La frustration de tendresse et le blocage par une éducation trop rigide des élans de l'enfant aboutissent très souvent à une attitude de renoncement à la féminité, d'où les troubles sur les fonctions les plus spécifiquement féminines, en particulier les fonctions menstruelles.

— *Attitude d'appel à l'aide :*

Quand l'affection a été donnée puis retirée (mère remariée, absorbée par d'autres grossesses, par un nouveau travail) la petite fille

frustrée rêve d'un paradis infantile perdu : elle veut rester enfant pour garder l'affection protectrice ; elle devient une de ces jeunes filles timides et renfermées pour lesquelles la dysménorrhée est le seul moyen d'attirer l'attention d'une mère indifférente. C'est, d'après WITTKOWER et WILSON, dans les dysménorrhées que l'on rencontre quatre fois plus d'inadaptations de l'enfance.

b) NON RÉOLUTION DU COMPLEXE D'ŒDIPE

Lors de son développement affectif, le premier effort sexuel de la petite fille est dirigé vers son père. L'échec de cette tentative de rapprochement conduit à deux réactions principales : le refus de cette féminité inefficace et l'identification masculine plus ou moins réussie. C'est pourquoi l'arrivée de chaque menstruation sera accueillie avec anxiété.

Cependant le sentiment œdipien peut se traduire par une autre conséquence : la culpabilité. La culpabilité est d'autant plus grande que le désir incestueux inconscient pour le père était plus important et d'autant plus enracinée que le désir était plus enfoui et réprimé.

c) LA RIVALITÉ ET LA JALOUSIE FRATERNELLES

Les rivalités fraternelles jouent également un rôle certain dans la pathogénie du refus de la féminité. De même que la relation œdipienne avec le père, les relations inconsciemment incestueuses avec le frère incitent à fuir la féminité (mécanisme fréquemment rencontré dans les dysménorrhées).

On a pu s'étonner de l'importance que prend parfois cette jalousie fraternelle et de ses répercussions psychologiques. En réalité, la jalousie fraternelle est aggravée par la non résolution des problèmes oraux liés au besoin de sécurité.

d) PEUR ET DÉGOUT DES RÈGLES

La peur et le dégoût des règles se rencontrent chez les filles non ou mal informées par leur mère de l'arrivée des premières menstruations. La honte, l'idée de souillure, s'associent aux limitations d'activité qui entraînent la séparation d'avec les amis garçons et le début toujours angoissant de la séparation des sexes.

L'appréhension du flux menstruel a été invoquée dans la pathogénie du syndrome prémenstruel : l'anticipation inconsciente de l'arrivée des règles déplaisantes en serait en partie responsable.

Cependant KROGER et FREED remarquent que certaines femmes qui ovulent un mois sur deux ne souffrent de tension prémenstruelle qu'un mois sur deux. Si l'anticipation du saignement menstruel était en cause, les malaises devraient se produire lors de chaque cycle, ovulatoire et anovulatoire. Ces auteurs estiment que l'anxiété et la peur des règles à venir sont d'une importance secondaire dans ces cas, puisque des femmes hystérectomisées, mais conservant leurs ovaires, continuent de présenter des syndromes typiques de tension plusieurs jours par mois.

2) LA CULPABILITE

La culpabilité est assez souvent retrouvée dans la pathogénie des perturbations menstruelles et notamment des aménorrhées et des dysménorrhées qui, dans ce cas, s'accompagnent le plus souvent de frigidité et de vaginisme.

A la base du sentiment de culpabilité on retrouve les facteurs suivants :

- agression envers la mère ;
 - et jalousie fraternelle déjà étudiées ;
- et, en outre :
- culpabilité sexuelle ;
 - la masturbation ;
 - les avortements.

a) LA CULPABILITÉ SEXUELLE

Ce phénomène est souvent en cause dans la pathogénie des perturbations menstruelles. Ainsi on retrouve parfois à l'origine des aménorrhées psychosomatiques, une réactivation de la culpabilité à l'égard de l'acte sexuel, surtout s'il a été associé à l'idée d'inceste.

La dysménorrhée traduit également, surtout chez les jeunes filles, le sentiment de culpabilité à l'égard de tous les conflits sexuels infantiles susceptibles d'être ravivés par un échec émotionnel ultérieur, une expérience sexuelle trop précoce et traumatisante (KROGER et FREED).

ROEMER pense, par exemple, que la dysménorrhée de la jeune fille guérit souvent après un mariage heureux. On retrouve par contre les mêmes symptômes dans le mariage non réussi, si les conflits infantiles non résolus sont ravivés par la crainte de l'acte sexuel, de la grossesse, ou par l'insatisfaction sexuelle et affective.

STUART BOYD et VALENTINE comparant un groupe de femmes dysménorrhéiques et un groupe de femmes normales à qui ils font passer le test des « Mots Associés », couplé avec une étude polygraphique

(enregistrement du pneumogramme et du réflexe psychogalvanique) constatent chez les dysménorrhéiques deux catégories de modifications émotionnelles :

- modifications qualitatives globales des réponses obtenues aux « Mots Associés » et au réflexe psychogalvanique (réflexe rapide et intense et mots-réponses significatifs) ;
- les mots inducteurs en rapport avec la famille, la sexualité, provoquent des réponses correspondant à une expérience sexuelle limitée, à un sentiment de culpabilité, à la peur des règles (ces dernières étant inconsciemment vues comme punition justifiée) et à une anxiété interne liée aux fonctions sexuelles.

b) LA MASTURBATION

Le sentiment de culpabilité peut également provenir de la masturbation considérée comme immorale et compromettant la santé physique ainsi que le rendement psychique.

La masturbation de la puberté, reviviscence de celle de l'enfance, réveille les problèmes anciens. L'interdiction accompagnée de menaces précises de nature castratrice favorise l'éclosion d'un sentiment de culpabilité qui n'a plus, pour se résoudre, qu'à trouver le chemin de la punition sous la forme du trouble fonctionnel.

c) LES AVORTEMENTS

On sait aujourd'hui que la culpabilité abortive est un phénomène constant — que l'avortement ait été « spontané » ou délibérément provoqué.

C'est un sentiment double : incapacité de garder, de retenir l'enfant et aussi désir de s'en débarrasser pour des raisons de facilité de vie, de morale sociale, d'agression vis-à-vis du conjoint.

3) L'AGRESSIVITE VIS-A-VIS DU CONJOINT

L'agressivité s'accompagne souvent de phénomènes congestifs. C'est pourquoi le saignement utérin anormal constitue un moyen de manifester et d'éliminer les tendances agressives.

Pour certains auteurs (GILL, HEIMAN) les menstruations elles-mêmes joueraient ce rôle ; c'est par conséquent dans les ménométrorragies que les tendances agressives vis-à-vis de l'homme sont les plus fréquemment retrouvées.

Les modalités de cette agression pourraient être groupées de la façon suivante :

a) AGRESSIVITÉ PAR SOUILLURE

La femme provoquerait le mâle à la désirer alors même que l'influence du sang menstruel est considérée comme pernicieuse, maléfique, salissante.

b) AGRESSIVITÉ DE « CASTRATION »

Les femmes qui présentent une hostilité profondément ancrée à l'égard de l'homme, verraient dans le coït pratiqué au moment de la menstruation un moyen d'attaquer, de diminuer sa virilité (CHADWICK).

Cette attitude agressive va souvent de pair avec le regret de ne pas être un homme et cette hostilité envers l'homme n'est qu'une attitude de compensation. Ainsi les femmes dysménorrhéiques agressives et « garçons manqués » présentent parfois des attributs sexuels secondaires masculins : voix, cheveux, pilosité (WEISS et ENGLISH).

Dans douze observations de ménorragie, O'NEILL (1952) retrouve dans trois cas des signes extrêmes d'agressivité avec attitude psychologique masculine, avec ou sans homosexualité visible, mais surtout avec souci de concurrencer professionnellement les hommes. Chez ces femmes, le syndrome d'Atalante (FROMM REISCHMANN) est plus de cinq fois plus fréquent que chez les femmes normales. Ce syndrome résume tous les symptômes de refus de féminité dans ses trois fonctions : troubles menstruels, grossesses difficiles, accouchements douloureux.

O'NEILL trouve par ailleurs (1951) sur quarante cas de ménorragie chez des femmes névrotiques, 22 cas où la ménorragie est intriquée avec un cycle irrégulier (soit 55 %) alors que chez 40 femmes normales, il ne retrouve que 3 cas d'irrégularité, soit 7,5 %. Ce fait n'est pas étonnant puisqu'on admet que la pathogénie psychosomatique des ménorragies et des règles irrégulières est le plus souvent identique.

c) L'ATTITUDE AMBIVALENTE VIS-A-VIS DE L'HOMME

C'est l'association du désir d'exciter, de séduire et d'attirer l'homme, avec en même temps celui de le frustrer et de le décevoir (BALINT, KROGER et FREED). Cette attitude est fréquemment rencon-

trée chez les méno-métrorragiques où elle dérive d'un sentiment complexe fait de deux facteurs principaux :

- Le désir de séduire par appel au facteur sadique du mâle (attesté par la fréquence des viols pendant les règles) : DALY pense que le saignement agit comme stimulus inconscient sur la tendance sexuelle de l'homme, invitant ainsi à l'acte sexuel, en activant par la note sadique l'impulsion sexuelle.
- Le comportement masochiste exploite l'aversion pour le partenaire au profit du désir sexuel (TAYLOR) : certaines de ces femmes, d'apparence frêle et soumise, dissimulent une agression considérable et une sexualité perversie qui les poussent soit à frustrer l'homme par l'obstacle hémorragique (avec une nuance de défi) apporté aux relations sexuelles, ou bien à ne ressentir l'orgasme qu'à l'occasion d'un phantasme où la notion de blessure sexuelle aggravée par l'homme joue le rôle fondamental.

d) L'ÉLIMINATION DU PARTENAIRE MASCULIN : L'HOMOSEXUALITÉ

Cette élimination correspond tantôt à une attitude active (imitation du père) tantôt à une attitude féminine passive de type infantile (accrochage à l'image maternelle). L'homme est éliminé comme partenaire dans un cas comme dans l'autre.

4) LES CRAINTES

Les innombrables motifs de crainte et d'anxiété centrés sur la fonction sexuelle sont issus d'une éducation mal conduite, où le silence familial, le tabou religieux et social, les détails inquiétants, associent leurs actions pathogènes.

Les domaines où ces craintes se projettent avec le plus d'évidence sont : les menstruations, l'acte sexuel, la grossesse.

Les troubles menstruels les plus fréquemment en rapport avec les craintes sont d'ordre ménorragique et dysménorrhéique :

a) LA CRAINTE DE L'ACTE SEXUEL

Le saignement constitue un moyen de défense contre l'acte sexuel (arrivée prématurée des règles lors de la nuit de noces).

Inversement, on a observé un début de menstruation après un examen psychologique amenant la cessation des craintes, chez des jeunes filles aménorrhéiques délinquantes sexuelles (Bellevue Hospital, New York).

b) LA PEUR DE LA GROSSESSE

Pour certains auteurs, l'appréhension inconsciente de la grossesse jouerait un rôle important dans la pathogénie du syndrome prémenstruel ; la part du facteur hormonal est certaine, mais des facteurs psychologiques peuvent s'y associer et leur importance est loin d'être négligeable.

Dans la période prémenstruelle, la femme serait consciente de la préparation de son corps par la progestérone (cette hypothèse n'implique pas que les symptômes prémenstruels soient dûs à l'élaboration de progestérone).

MORALE se demande comment une femme qui n'a jamais eu d'enfants peut avoir la sensation purement subjective de la gestation et estime que les facteurs hormonaux et psychologiques sont associés.

KROGER et FREED demandent également pourquoi les femmes qui ont conçu juste après l'ovulation présentent les sensations typiques de tension prémenstruelle, soulagées aux jours attendus, alors même que les règles ne surviennent pas. Si les symptômes étaient dûs à une crainte inconsciente de la grossesse ou à la progestérone, on s'attendrait à des troubles encore plus graves, puisque la femme est enceinte et que l'élaboration de progestérone persiste. Ils en concluent à la pathogénie presque exclusivement hormonale.

La « grossesse nerveuse » que l'on rencontrait chez des femmes aux environs de la ménopause et dont l'instinct maternel était resté inassouvi jusqu'alors correspondait à un déni ou à une crainte de la grossesse.

D'après KENNEDY, le désir de procréer est présent dans 66 cas, la crainte de la grossesse dans 31 cas. D'après VALETTA la « grossesse nerveuse » a été rencontrée chez 54 femmes non mariées, 8 veuves et chez 307 femmes mariées *sans* enfants.

5) LES CHOCS EMOTIONNELS

Les chocs émotionnels jouent un rôle important dans le déclenchement des perturbations menstruelles. Nous avons déjà vu plus haut et à plusieurs reprises qu'ils agissaient à la fois comme facteurs déclenchant et comme facteurs aggravant l'une des quatre catégories précédentes : refus de la féminité, culpabilité, agression contre l'homme et anxiété.

Nous les avons, un peu artificiellement, divisés en :

- traumatismes émotionnels brutaux ;
- traumatismes émotionnels « chroniques ».

L'intervention des traumatismes émotionnels est le plus souvent aisément mise en évidence : dysménorrhées et aménorrhées sont les perturbations les plus fréquemment provoquées.

a) LES FACTEURS ÉMOTIONNELS BRUTAUX

Les facteurs émotionnels sont très nombreux. Nous citerons les plus fréquents d'entre eux :

- la mort d'un être aimé (le mari, le père) ou la mort précoce de la mère, la séparation d'avec un être cher ;
- un choc, un accident, une tentative de viol, un bombardement ;
- un changement radical de milieu, une transplantation récente, l'entrée dans les ordres, le changement du statut professionnel, bref tous les éléments entraînant dans la symptomatologie d'un « stress » ;
- une expérience sexuelle trop précoce ;
- l'emprisonnement, la déportation dans un camp de concentration.

Les aménorrhées des déportées de camps de concentration ont été particulièrement étudiées. BASS a retrouvé une aménorrhée dans 54 % des cas chez 10.000 sujets chez lesquelles on pouvait, dit-il, éliminer le facteur alimentaire (?) et chez lesquelles le traitement hormonal restait sans effet.

De même, sur 100 déportées aménorrhéïques étudiées par HORWATH, 32 virent leurs règles réapparaître sans traitement et seulement 12 aménorrhées furent considérées comme irréversibles.

Au camp de concentration de Terezin, sur 10.000 femmes, 94 % des femmes aménorrhéïques eurent de nouveau leurs règles après trois à dix-huit mois d'arrêt total et seulement 6 % virent l'aménorrhée dépasser dix-huit mois.

Les aménorrhées de camps de concentration restent d'une interprétation pathogénique difficile puisque les facteurs nutritifs et psychiques jouent un rôle également important. La privation de nourriture semble agir par deux mécanismes. L'un biologique : défaut d'apport des éléments chimiques indispensables au bon fonctionnement neuro-végétatif et hormonal, l'autre psychologique : déclenchement d'un état régressif dont l'aménorrhée est une des conséquences.

b) LES PERTURBATIONS ÉMOTIONNELLES CHRONIQUES

Le changement de situation sociale, le caractère sordide de la vie de tous les jours, la monotonie, la frustration sexuelle prolongée, constituent autant de traumatismes qui peuvent jouer un rôle dans

la pathogénie des troubles des règles. Associés à la carence maternelle et paternelle par excès ou manque d'affection, ils entraînent une attitude régressive aboutissant à la longue à un abandon du privilège féminin avec dysménorrhée, frigidité ou avec vomissements, diarrhée (agression réprimée).

Certaines névroses graves, l'hypocondrie, la mélancolie, s'accompagnent de troubles menstruels variables. Le facteur psychique est ici au premier plan de la scène et le trouble fonctionnel (généralement aménorrhéique) s'inscrit dans le tableau général de renonciation à la vie et à la féminité.

* *

L'ordre dans lequel les facteurs que nous venons d'évoquer ont été disposés semble correspondre à une succession chronologique qui les ferait apparaître aux différents stades de l'évolution psycho-affective telle qu'elle a été décrite au premier chapitre.

La renonciation à la féminité reconnaît en effet les raisons les plus anciennes. C'est tout d'abord le manque d'affection maternelle qui entraîne une revendication permanente et inquiète vis-à-vis de cette mère indifférente dont on veut gagner l'affection. L'insécurité fondamentale et la régression à l'oralité qui en sont les conséquences accompagnent ce refus de la féminité : l'aménorrhée accompagne l'anorexie mentale.

La culpabilité provient déjà de stades moins anciens puisqu'elle est fondée sur des traumatismes psychologiques basés sur l'Œdipe, avec : erreurs du côté maternel, excès d'affection qui empêche l'Œdipe de s'établir ; ou encore, erreurs paternelles : rejet trop brutal par le père des manifestations œdipiennes.

Appartiennent également à la culpabilité les désirs inconscients de relations incestueuses avec le père et avec les frères.

Sans préjuger de l'évolution classique de l'Œdipe, les souhaits inconscients de la disparition de la mère entraînent aussi un sentiment de culpabilité.

L'agression vis-à-vis de l'homme se rapporte aux stades du développement où l'homme est entrevu comme un partenaire sexuel possible. Elle semble apparaître avec les conflits hétérosexuels de la puberté.

Quant aux craintes, elles se développent surtout au moment du passage de l'adolescente à l'adulte, c'est-à-dire de la jeune fille à la femme, à l'apparition des premières responsabilités adultes qui font entrevoir la féminité comme un fardeau trop lourd à porter.

Les facteurs traumatisants enfin jouent le rôle important de cause déclenchante et aussi celui de cause favorisant la régression à l'une des attitudes précédentes.

« La connaissance n'est qu'apparence,
le cœur est profond. Si la connaissance
s'approfondit, qu'elle le veuille ou non,
elle prend le cœur comme compagnon. »
(Shrî ATMANANDA, cité par Roger GODEL,
« Essais sur l'expérience libératrice ».)

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mme G. A..., trente-quatre ans, mariée.

● MOTIFS DE CONSULTATION

— Règles irrégulières. Très souvent hémorragiques et douloureuses, avec invalidisme.

● ETUDE DES SYMPTÔMES

Les cycles sont de durée variable : 26 à 35 jours ; la malade est confinée au lit parfois pendant huit jours ; en même temps, violents maux de tête et vertiges.

Symptômes psychosomatiques surajoutés : côlite avec alternance de diarrhée et de constipation, ptose intestinale, douleurs au côté gauche, qui lui font penser à un trouble cardiaque. Les somnifères et les calmants n'arrivent que très difficilement à calmer ces symptômes.

● HISTOIRE RÉSUMÉE

— Père âgé de soixante ans, retraité, veuf puis remarié, bon avec elle : il la défendait souvent contre sa deuxième femme.

— Mère morte à vingt-huit ans, quand elle avait cinq ans, après tuberculose pulmonaire ayant duré deux ans : souvenirs très vagues.

Deux ans après, mort de la tante maternelle de la même maladie, c'est pourquoi elle fut confiée à sa grand-mère paternelle très sévère, qui détestait sa belle-fille et qui garde l'enfant de cinq à sept ans. Période très pénible.

Elle décrit comme des années terribles les périodes de trois à six ans où elle allait seule à l'école, apeurée et terrorisée, en traversant une forêt.

— A sept ans, son père se remarie, reprend sa fille, véritable sauvageonne qui s'entend mal avec sa belle-mère. Punitions raffinées : à genoux sur une chaise une soirée entière, martinet et gifles.

— Quand elle avait neuf ans, naissance d'une demi-sœur, avec sentiment d'injustice terrible, délaissement.

Elle grandit ainsi dans l'opposition, soutenue par son père, maltraitée par sa belle-mère, pensant parfois au suicide.

La grande-mère maternelle mourut quand elle avait onze ans.

Les premières règles ont lieu à treize ans, au début sans difficultés.

Les études sont normales, brevet à seize ans.

— A partir de dix-sept ans, amourette sans importance ; elle connaît cependant son futur mari avec laquelle elle a une fréquentation purement platonique pendant trois ans.

— Passe à dix-neuf ans son brevet supérieur, obtient un poste administratif et se marie l'année suivante, sans grand enthousiasme, mais surtout pour quitter la maison. Immédiatement, le mari se met à boire, fait des remplacements à la S.N.C.F. sans vouloir prendre un métier stable. La malade continue à travailler dans des bureaux, vie monotone, pénible, avec soucis de tous ordres.

— A vingt-cinq ans, accouchement normal mais pénible (quarante-huit heures) d'un garçon.

— A vingt-sept ans, elle se sépare de son mari pendant huit mois en raison de l'alcoolisme de celui-ci, puis reprend la vie commune et, quand elle a vingt-neuf ans, le mari guérit progressivement de son alcoolisme, entre à l'E.D.F. où il vient d'obtenir un emploi stable.

Avec le mari : bonne affection, sans excès d'enthousiasme, il est gentil et affectueux ; les griefs anciens s'estompent peu à peu, mais elle est plutôt frigide et taciturne, alors qu'il est amoureux et expansif.

Le fils a neuf ans, tient de son père, mais elle ne lui donne pas beaucoup d'affection, « je ne fais pas de mamours », « il est très turbulent, il achève de me fatiguer », alors qu'elle n'aspire qu'à la paix et au calme.

Ne pense pas aux hommes, ne cherche pas d'aventures.

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— Intelligence de niveau général bon, se situe assez au-dessus de la moyenne.

— La structure mentale n'est pas anormale. La productivité est réduite, peu de contacts avec le réel et les êtres humains, intérêts pauvres, vie imaginative déficiente et déformée dans un sens dysphorique. Par conséquent, tableau de dépression.

— La structure affective est avant tout marquée par la crainte de ses propres instincts. Elle fuit toute source d'émotion, elle essaye d'établir des défenses efficaces.

Les thèmes principaux du contenu de la pensée sont : l'absence de confiance en soi, la dépression associée à des préoccupations pathologiques, à l'idée d'anormalité.

L'image de la mère revient souvent, associée à l'idée de mort et de regrets irréparables. Les autres femmes sont grossières et n'ont pas pu remplacer cette mère ainsi idéalisée.

Quant au père, il apparaît bon, mais faible, écrasé par sa nouvelle femme.

Il est remarquable de constater à quel point cette malade expose dans ses tests projectifs une situation qui remonte à l'enfance éloignée. Les thèmes sexuels déclenchent de la panique et une réaction défensive d'aveuglement.

— *Facteurs psychodynamiques*

C'est par conséquent le sentiment d'abandon causé par la mort de la mère, avec comme possibilité et unique refuge le devoir, qui apparaît comme l'élément central dans ce psychisme.

Elle a encore gardé le comportement de l'enfant victime et elle est fermée, repliée, aux aguets devant les injustices.

Il y a donc :

- 1° Insuffisance du lien primitif avec la mère, laissant de cuisants regrets de l'époque trop courte où elle l'a connue.
Cette insuffisance est aggravée par la dureté impitoyable des contacts avec l'entourage qui l'a élevée.
- 2° Un syndrome de jalousie à la naissance de la demi-sœur qui concrétise l'idée : je ne suis voulue nulle part.
- 3° L'attitude constamment revendicatrice envers son père qu'elle prend pour témoin et qu'elle tient pour responsable de toutes ses douleurs morales.
- 4° Transfert de cette attitude vis-à-vis de son mari qu'elle n'a accepté que pour fuir la maison du père insuffisant, mais qui l'a déçue par son inconstance professionnelle, son instabilité caractérielle et surtout par son éthylisme prononcé.
- 5° C'est alors qu'elle se confirme dans cette attitude à la fois de victime et de punition du mari, au travers duquel elle veut atteindre son père.
- 6° D'où, le passage du psychologique au fonctionnel qui se fait selon les mécanismes suivants :
 - a) refus de s'abandonner à la vie instinctive : frigidité, irrégularité des règles, insomnie qui s'explique par la conservation de cette attitude ancienne de l'enfant qui, expulsée de la chambre du père remarié, restait éveillée à la fois par colère et affliction, et aussi pour empêcher le tête-à-tête des nouveaux époux ;
 - b) une attitude obsessionnelle de scrupules excessifs, dans les actes quotidiens et surtout dans les pratiques religieuses, l'amenant par exemple à répéter des prières pendant de longues heures ;
 - c) enfin, dérivant de la précédente, une révision minutieuse des griefs, résidus de l'époque où elle luttait contre sa belle-mère, attitude par conséquent paranoïaque dont le côté agressif est vraisemblablement responsable des crises vaso-motrices et peut-être même de l'aspect hémorragique de l'affection.

OBSERVATION N° 2

Mme M. N..., trente-deux ans, mariée — Institutrice.

● MOTIFS DE CONSULTATION

— Obésité relative.

— Oligoménorrhée avec irrégularité des règles.

● ETUDE DES SYMPTOMES

L'oligoménorrhée s'est établie après la première grossesse, par un retard progressif associé à une irrégularité dans la date de survenue des règles. La seconde grossesse a été suivie d'une aménorrhée de neuf mois. Puis les règles sont venues tous les deux ou trois mois. A grossi de 20 kg en six mois depuis sa deuxième grossesse. Depuis la troisième grossesse, les règles se présentent rarement.

A noter : les règles sont survenues la veille du jour de l'examen psychologique ; elles surviennent quelquefois la veille d'un départ (vacances par exemple).

L'obésité est de type général. La malade présente également une dysménorrhée précédée d'un syndrome prémenstruel peu important.

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Sujet d'intelligence supérieure mais dont les structures mentale et affective sont perturbées :

— *La structure mentale*

Elle montre la tendance au doute, au conformisme et même à la stéréotypie, la tendance à juger sommairement, à se débarrasser de la tâche. A noter également une ambivalence nette (égalité entre les moments extravertis et intravertis).

— *La structure affective*

a) *Vis-à-vis de soi-même :*

— Impulsivité ou affectivité explosive (2 C purs et un seul FC au Rorschach).

— Pas de préoccupations hypocondriaques, pas d'idées de suicide, mais idées de mort très souvent affirmées, en liaison avec la mort de la mère.

— Pas de sentiment d'infériorité, ni de problèmes relatifs à ses origines, mais par contre, ambition très élevée avec idées de manipuler les êtres, préoccupations masculines : concurrence avec l'homme sur un mode masculin, lutte contre le père admiré et cependant écrasant. Habitude contractée de prendre avec ce père une distance extrême qui permet le recul de la critique, d'où l'origine de ce constant éloignement, humour froid et ironique, intellectualisme un peu pédant, sans contact affectif vrai.

Le phantasme du dépassement du père préside même aux conceptions sexuelles (une des racines probables de la frigidité).

— Sa conduite personnelle est compensatrice dans le sens d'une sublimation artistique (illustration de ces cas d'adresse manuelle et de dons artistiques sans « génie vrai », décrit par SPITZ, d'enfants qui doivent « faire le beau » pour gagner l'affection d'une mère indifférente).

— *Le mari*, ancien étudiant en droit, asthmatique et bègue, n'a pas réussi sa vie professionnelle, l'entente du ménage est récente puisque la malade avait envisagé de divorcer.

b) *Vis-à-vis des figures parentales :*

— En plus des éléments qui viennent d'être évoqués, on note l'absence de liens charnels avec la mère (les représentations maternelles, dans les tests psychologiques, sont transformées en animaux ou rejetées dans un passé lointain ou évoquées dans des pays lointains).

c) *Vis-à-vis de l'amour :*

— Pas de culpabilité sexuelle. La sexualité étant, dans ses réponses aux tests, plutôt supprimée que réprimée. Elle a dépassé le stade du conflit.

— *L'adaptation sociale*

— Dérive des éléments précédents et s'obtient surtout par une attitude masculine où elle imite le père, par l'amour de soi et le narcissisme intellectuel et physique.

OBSERVATION N° 3

Mme M. V..., vingt-quatre ans, mariée, sans enfants — Sténodactylo.

● MOTIFS DE CONSULTATION

- Dysménorrhée.
- Frigidité et rapports sexuels douloureux.
- Mécontentement conjugal relative.

● ETUDE DES SYMPTOMES

Les règles, venues vers quatorze ans, ont toujours été douloureuses et le sont encore. Les douleurs apparaissent quelques jours avant les règles et persistent pendant toute la durée de celles-ci. Elles sont bilatérales et s'inscrivent dans un ensemble fait d'angoisse et de dépression, avec hypersomnie, fatigabilité et douleur de jambes *sine materia*.

Parfois, crises de découragement ou d'agressivité, surtout pendant les règles.

● HISTOIRE RÉSUMÉE

Fille adoptive de parents inconnus.

Élevée jusqu'à cinq ans à l'Assistance publique, recueillie par un ménage modeste (garçon de salle et fille de salle à Bicêtre). Puis, élevée chez des étrangers à la campagne jusqu'à quatorze ans, traitée chez eux avec rudesse et laissée dans un isolement moral presque total.

Reprise à l'âge de quatorze ans par ses parents adoptifs qui ne s'entendent pas.

Vers quinze ans, subit quelques attouchements par le père adoptif dont elle ne reconnaît le « caractère inusité que lorsque son futur mari fait de même », quatre ans plus tard.

Mariée à vingt ans. Les rapports sexuels sont souvent douloureux. La frigidité s'est installée à vingt-deux ans.

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Etude de l'intelligence*

Niveau général bas au test de Matrix (29 réponses correctes sur 45 traitées, sur un total de 60 réponses à faire). Pensée normalement équilibrée, méthodique et ordonnée. Intérêts intellectuels peu étendus et dynamisme intellectuel faible, contrastant avec une ambition élevée. Vie imaginative limitée et peu productive.

— *Structure affective et contenu de la pensée*

a) *Vis-à-vis de soi-même :*

— Personnalité pauvre, ambiéqualité ($K/C = 1/1,5$ au test de Rorschach), capable de gestes impulsifs. Affectivité explosive qui seule exprime des émotions autrement refoulées dans la tristesse et le mécontentement.

— Préoccupations hypocondriaques assez nombreuses avec idées de suicide expressément affirmées.

— On retrouve chez elle le problème de ses origines, très souvent rencontré chez les jeunes filles dysménorrhéiques d'humble origine, associé à l'ambition de s'élever (chez elle, regret de l'absence de vraie mère).

— Egalement, sentiment d'infériorité, de doute, contrastant avec une ambition élevée et entraînant des idées de pitié pour soi-même, d'évasion, de besoin d'assistance.

b) *Vis-à-vis des figures parentales :*

— Le sentiment de perte irréparable de ses vrais parents, de regret de l'absence de vraie mère, est associé à celui d'être rejetée, abandonnée.

— Le conflit avec la figure paternelle, instable, peu digne de confiance, est à la base de l'agressivité envers l'homme.

c) *Vis-à-vis de l'amour :*

— Culpabilité sexuelle inconsciente : « Le libre exercice sexuel m'a amenée là, donc il est condamnable », ceci entraînant frigidité et dysménorrhée (problème fréquent chez les adoptées).

— Cette culpabilité entraîne crainte et frustration sexuelle. Désir de tendresse frustré, aggravé ici par la maladresse du mari.

d) *Vis-à-vis de la société :*

— Adaptation sociale difficile et crainte de la solitude.

— Conflit avec l'entourage et les supérieurs.

Au total, chez cette malade, le psychisme assez perturbé est soumis à des influence antagonistes : masculinité-féminité, désir d'action, mais manque de dynamisme vrai — ambition, mais manque de moyens intellectuels — agressivité, mais peur du choc en retour — désir sexuel, mais honte, inhibition et culpabilité. La dysménorrhée est l'expression du conflit.

OBSERVATION N° 4

Mme G. C..., vingt-trois ans, mariée — Sténo-dactylo.

● MOTIFS DE CONSULTATION

- Dysménorrhée.
- Frigidité.
- Syndrome d'agressivité.

● ETUDE DES SYMPTOMES

Règles douloureuses depuis la puberté. Les règles sont précédées d'une période d'irritation, d'énervement et d'agressivité qui dure quatre à cinq jours. Pendant cette période, la malade ne peut « rien supporter », casse la verrerie, se met en colère et pleure, ou parfois tombe dans une crise d'apathie.

Les douleurs durent autant que les règles et persistent trois à quatre jours après. Elles sont intenses et parfois syncopales, irradiant dans la région sacro-lombaire. Elles sont souvent accompagnées de vomissements de bile et d'anorexie. Elles sont plus fortes une fois tous les deux mois.

Erythème pudique facile à provoquer ; parfois sensation de mort, céphalées frontales et occipitales, frigidité et indifférence vis-à-vis du conjoint, refus des rapports sexuels. La malade affirme de bonne foi ne plus avoir de désirs sexuels.

● HISTOIRE RÉSUMÉE

La malade a été élevée dans une famille heureuse. Le père était un petit commerçant (débit de vin), d'un caractère facile. La mère a exercé sur ses enfants une bonne influence, n'octroyant pas de sanctions traumatisantes.

Elle a fréquenté le cours complémentaire, puis une école de sténo-dactylo qu'elle quitte à dix-sept ans pour entrer dans une maison de commerce (appareils pour sourds) où elle est depuis cinq ans attachée à la réception des clients. Le travail est assez difficile en raison du caractère particulier de la clientèle et des règles de discipline très strictes du service.

Se marie à vingt et un ans avec un jeune homme technicien à la S.N.C.F. Le ménage vit en banlieue et n'a pas d'enfant. L'entente avec le mari est superficiellement bonne, sauf sur le plan sexuel où la malade dit avoir eu une grande déception, qui s'accompagne de désirs de séparation et d'indépendance. Son mari ne l'intéresse plus, ne sait pas lui rendre la vie agréable et ne connaît que le travail.

Par ailleurs, ses beaux-parents sont très autoritaires et ont des conceptions religieuses très strictes, qu'ils ont essayer d'inculquer à la malade, ce qui la heurte car elle avait reçu une éducation très libérale.

Le travail ménager l'ennuie, la malade n'a pas d'intérêts artistiques ou littéraires.

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

La malade est une femme jeune et jolie, qui se moque de ses symptômes, mais en même temps les considère comme une infériorité.

Elle s'exprime de façon très nette et très claire. Elle est très émotive, mais répond avec franchise aux questions posées. Elle présente certaines anxiétés, non seulement sur le sort personnel, liées à la maladie et à l'avenir, mais aussi certaines anxiétés vagues comme la peur d'être seule à la maison et de rentrer chez elle le soir ; pas d'obsessions. La malade dit ne pas rêver ; pas d'autre signe pathologique.

— *Niveau intellectuel*

L'intelligence est légèrement inférieure à la moyenne. La malade procède avec rapidité d'esprit, mais fait beaucoup de fautes évitables.

— *Affectivité et contenu de la pensée*

a) *Vis-à-vis de soi-même :*

- Insatisfaction sur le sort personnel.
- Sentiments de culpabilité infantile, avec crainte des sanctions parentales et culpabilité due à une évocation directe de la mésentente conjugale.
- Désir de changement et sentiment de solitude, désir de trouver une figure protectrice et supérieure, désir d'être aimée avec critique de l'homme.
- L'importance accordée à l'indépendance financière et personnelle qui permettrait de changer de vie.
- Désir d'indépendance vis-à-vis d'une situation où l'homme n'apporte aucun secours.
- Agressivité en réponse à la critique parentale.
- Hommes, médecins impuissants à guérir la femme malade qu'elle croit être.

b) *Vis-à-vis du mari :*

- Le mari, peu habile, est venu vierge au mariage.
- Insatisfaction sexuelle, affective. Le mari ne l'entoure pas d'autant de tendresse qu'elle le voudrait et elle ne l'admire que pour ses qualités de calme et de pondération.
- Elle rêve d'une autre vie, donc elle refuse de sanctionner l'actuelle par une grossesse qui la lierait davantage, ce qui motive le refus de rapports, entraînant par ailleurs un conflit entre son mari très religieux et sa femme qui refuse la grossesse.

c) *Vis-à-vis de la famille :*

- Elevée dans une famille heureuse et libérale, elle se heurte depuis son mariage à sa belle-famille, plus rigide, et au début du mariage le jeune ménage était le champ de bataille des deux conceptions différentes de la vie.

d) *Situation professionnelle :*

- Travail difficile et chefs exigeants ; a envisagé après une discussion assez vive avec son patron, d'abandonner son travail.

— *Au total :* les difficultés de cette malade sont liées à la répression constante qu'elle impose à ses désirs sexuels et, ce qui importe le plus, n'est pas la réalisation effective de ceux-ci, mais la levée du blocage volontaire qu'elle s'impose.

OBSERVATION N° 5

Mme J. D..., vingt-huit ans, mariée — Vendeuse

● MOTIFS DE CONSULTATION

- Dysménorrhée.
- Frigidité.

● ETUDE DES SYMPTOMES

Les règles sont douloureuses, sans amélioration depuis la grossesse et le mariage. Douleurs apparues depuis les premières règles, accompagnées de migraines. Douleurs dorso-lombaires et des membres inférieurs, sans étiologie organique décelable.

Les rapports sexuels ont toujours été douloureux et le sont restés.

● HISTOIRE RÉSUMÉE

Quatrième enfant d'une famille de six enfants.

— Père : soixante ans, cantonnier. A toujours montré beaucoup d'affection pour ses enfants.

— Mère : cinquante-huit ans, douce, gentille, peu démonstrative, donne parfois quelques gifles, mais réserve le martinet pour les frères.

— Cinq frères et sœurs. Bonne entente avec eux.

— Dans l'enfance, jeux de garçons avec le frère de trois ans son aîné, très gentil. Peurs nocturnes dans l'enfance, persistant encore. Est toujours craintive.

— De sept à douze ans, pendant la guerre, a eu très faim. Ne comprenait rien en classe.

— A treize ans, arrivée des premières règles, très douloureuses et irrégulières.

— A quatorze ans, première place de bonne à tout faire à Paris. Le fils de la maison, garçon plus âgé qu'elle de six ans, l'a martyrisée pendant neuf ans. Il était malade (ankylose osseuse de la hanche) et elle était chargée de s'en occuper. « Il criait très fort après elle, et faisait parfois des réflexions peu décentes, qui la répugnaient. »

— A dix-neuf ans, un jeune homme lui fait la cour pour la première fois, cela l'effraie. Pour s'en débarrasser, elle lui donnait rendez-vous et s'amusait avec des camarades à le regarder attendre.

— A vingt-trois ans, elle fait connaissance de son futur mari, et quitte la place où elle travaillait depuis neuf ans, mais en partie à cause du fils de la maison.

— A vingt-quatre ans, la vue d'un exhibionniste lui cause une impression désagréable ; à la même époque, elle voit un Algérien étranglé.

— A vingt-six ans, elle se marie. Elle arrive vierge au mariage. Défloration pénible et rapports sexuels sans plaisir.

Son mari avait vingt-cinq ans, chef d'équipe, très amoureux d'elle.

Mépris peu déguisé pour son mari, qui n'arrive pas à la hauteur du père admiré.

Actuellement, et depuis son accouchement, elle est toujours nerveuse, asthénique.

Habite avec sa sœur, car l'appartement appartient à toutes les deux.

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Etude de l'intelligence*

Niveau intellectuel bas, vue étroite des choses, erreurs évitables dans les tests.

— *Structure mentale et affective*

Pensée de peu d'envergure, mal contrôlée, stéréotypée, approximative. Peu d'intérêt pour l'humain.

Les émotions sont réprimées, inhibition devant les évocations sexuelles.

— *Contenu de la pensée*

a) *L'élément dépressif :*

— Idées dépressives, alternant parfois avec une richesse émotionnelle non exprimée chez ce sujet quotidiennement humilié jusqu'à l'âge adulte : la condition féminine a été tellement mal menée par la faute de la mère que la féminité lui apparaît comme un mode d'existence inférieur, à un point tel que la malade a développé l'idée que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, d'où : dans les tests des réponses comparables à celles rencontrées chez les candidats au suicide, le refus sexuel, et enfin le caractère lointain de l'image maternelle.

b) *Les mécanismes compensateurs :*

— Dans la première enfance, grâce à la présence du père et à l'accord avec le frère, adoption d'une attitude garçonnière.

— Plus tard, dévaluation de la figure masculine en raison des traumatismes exposés plus haut.

— Actuellement, projection sur le conjoint de toutes ses difficultés, et échec de ces mécanismes.

— Seule persiste l'agression visible aux épreuves projectives sous forme de violence interne considérable, sans exutoire possible, autre que le sujet lui-même.

OBSERVATION N° 6

Mme C. M..., trente ans, mariée.

● MOTIFS DE CONSULTATION

— Aménorrhée durant depuis quatre ans.

● ETUDE DES SYMPTOMES

L'aménorrhée s'accompagne d'un tableau gynécologique et hormonal normal. Il n'y a pas de douleur, pas d'asthénie, pas de règles aberrantes. Cependant, on retrouve des crises de sueurs, un sommeil très lourd avec cauchemars, une frigidité absolue.

● HISTOIRE RÉSUMÉE

Troisième enfant. Son frère, plus âgé qu'elle de six ans, est sourd et muet. Sa sœur (trente-trois ans) présente quelques troubles psychiques indéterminés. La mère ne travaille pas. Le père est ouvrier-tôlier.

Son premier souvenir remonte à l'âge de cinq ans : la séparation de ses parents (père éthylique au point de faire des séjours périodiques en « maison de repos ») qui conduit l'enfant à passer une année chez sa grand-mère.

Un an plus tard, les parents se réconcilient et la reprennent : mais sa mère est très dure et la battait tous les jours.

Elle est mise à l'école à six ans et fait des études moyennes, isolée dans la classe comme dans sa famille.

Certificat d'études à douze ans ; travaille aussitôt comme expéditionnaire dans une imprimerie, puis en usine, puis comme vendeuse, toujours battue par la mère et assistant aux scènes de ménage entre ses parents.

Elle se fiance à dix-huit ans, mais reste séparée quelque temps de son fiancé qui était interné en Angleterre pendant la guerre.

Se marie à vingt ans (mari électricien). Regrette son mariage après quelques mois et envisage la séparation car son mari infidèle a contracté une maladie vénérienne avec une autre femme.

Elle est frigide avec lui, mais reconnaît qu'il l'aime. Elle prétend n'avoir pas de besoins sexuels. Elle accepte finalement le mariage tel qu'il est et devient très absorbée par des grossesses en nombre considérable :

- premier enfant : l'année du mariage ;
- deuxième enfant : l'année suivante, qui meurt de méningite à neuf jours ;
- troisième grossesse : avortement à six mois ;
- quatrième grossesse : menée à bien, mais enfant difficile à élever (débilité mentale relative et troubles caractériels) ;
- cinquième grossesse à l'âge de vingt-huit ans : une fille en bonne santé actuellement ;
- sixième grossesse à l'âge de trente ans : fille de huit mois, bien portante.

L'aménorrhée débute à l'âge de vingt-sept ans et persiste depuis, rebelle à tous les traitements.

La malade finit par accepter la vie conjugale telle qu'elle est, et son mari semble la rendre heureuse, bien qu'elle doute toujours de sa fidélité, elle ne veut pas « approfondir la question ».

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

L'interrogatoire et les réponses à un questionnaire médical montrent de nombreux motifs d'anxiété, localisés en particulier sur les fonctions neuro-végétatives cardio-vasculaires, sommeil profond mais avec cauchemars, neurotonie.

— Le niveau intellectuel est bas.

— Les tests projectifs indiquent une personnalité pauvre, inhibée, proche de l'ambivalence.

— *Contenu de la pensée*

La pensée est de type absolument normal, bien contrôlée ; elle est gênée dans son expression par une inhibition d'origine psychologique. Esprit peu original, mentalement tributaire de son entourage, ses motifs d'intérêt sont limités, pensée plutôt ordonnée et méthodique.

— *Affectivité*

Vie imaginative pauvre et banale, peu de dynamisme. Sujet moyennement émotif, contrôlant bien ses émotions, tendant à ne pas les laisser paraître, mais douée en réalité d'une certaine sensibilité qui demeure secrète.

— *Adaptation sociale*

Assez forte.

● EVOLUTION

Une psychothérapie de soutien émotionnel et d'explication est instituée dans laquelle on insiste sur la difficulté d'adaptation au rôle féminin, liée aux traumatismes divers provoqués par les conduites des parents.

Après un mois, les règles réapparaissent pour la première fois depuis quatre ans ; elles durent un jour et sont précédées d'un syndrome prémenstruel extrêmement net durant trois jours, avec : énervement, asthénie, angoisse, impression de gonflement au point de rendre les mouvements difficiles.

Le mois suivant, les règles reviennent avec neuf jours d'avance, les cauchemars ont disparu. Les seules difficultés qu'elle connaisse sont actuellement les troubles psychologiques de sa fille âgée de six ans.

— Au total, les principaux éléments pathogènes semblent avoir été chez cette malade :

- 1° La brutalité de la mère.
- 2° Le désaccord des parents.
- 3° La dévaluation de la figure masculine.
- 4° L'attitude du mari, qui réactive la dévaluation masculine.

OBSERVATION N° 7

Mme S. O..., trente-deux ans, divorcée — Architecte.

● MOTIFS DE CONSULTATION

— Aménorrhée presque totale et obésité récente.

● ETUDE DES SYMPTOMES

— *L'aménorrhée* remonte à l'âge de vingt-trois ans où les règles ont diminué peu à peu à la suite, dit-elle, de son hyperactivité professionnelle. La malade dit

apprécier cette disparition. En réalité, les règles, après une apparition normale à onze ans, ont progressivement diminué d'abondance.

— *L'obésité* a débuté à l'âge de vingt-huit ans à la suite d'une déception amoureuse dans le cadre d'une homosexualité datant de huit années.

La malade, qui pèse 83 kg, a grossi de 12 kg en un an.

— *Les symptômes d'accompagnement :*

— douleurs dorsales et lombaires ;

— tachycardie ;

— vaginisme constaté à l'âge de vingt-trois ans, lors d'une liaison malheureuse avec un partenaire masculin ;

— surtout, trois crises de décompensation psychique caractérisées par : asthénie intense, cauchemars éveillés, hallucinations, idées de télépathie, rêves qu'elle qualifie de prémonitoires. L'une des crises, la seconde, s'est soldée par un recours prononcé à l'éthylisme qui a provoqué d'importants troubles digestifs.

● HISTOIRE RÉSUMÉE

Fille aînée d'un ménage où régnait une mésentente notoire. Le père, psychotique, a été en maison de santé pour éthylisme agressif. Il a plusieurs fois menacé sa fille de la tuer. Mort tuberculeux en 1950. La malade (identification pathologique) croit être vouée à un sort identique.

La mère, très nerveuse, anxieuse, réagit aux difficultés familiales par : insomnie, troubles cutanés s'apparentant à l'œdème de Quincke et rebelles à toute thérapeutique désensibilisante.

Une sœur, cadette d'un an, très nerveuse, hypocondriaque, « se cognait parfois la tête contre les murs ».

La malade a eu une enfance très malheureuse. Elle estime avoir été, dans cette famille difficile, la seule personne capable de se contrôler et de résister au père. Etudes normales, apprenait vite et bien.

— A onze ans, crise de rhumatisme articulaire, guérie sans séquelle cardiaque.

— A quinze ans, à la suite d'un plongeon en rivière, choc sur la tête, sans perte de conscience, avec pour seule séquelle un « tassement vertébral » ayant imposé trois semaines de lit et des douleurs dorsales pendant deux années, dont elle aurait été guérie par un traitement ostéopathique.

— A dix-huit ans, lésion pulmonaire tuberculeuse, cicatrisée en une année, avec à ce moment, début d'amaigrissement.

— A vingt et un ans, entre à l'école des Beaux-Arts ; première dépression avec idées de suicide, se sent inutile, s'engage comme ambulancière et son état s'améliore.

— A vingt-deux ans, travail intense lors des bombardements du Havre, surmenage, crise aiguë de furonculose guérie par autohémothérapie et seconde dépression avec toujours idées de suicide, pressentiments, idées de communication télé-

pathique avec un ami décédé, hallucinations auditives à ce sujet, et sensation de dédoublement : se voyait vivre chez des amis, tout en menant sa propre vie.

— A vingt-trois ans, liaison d'essai avec un partenaire masculin, sans aucun lien d'affection, vaginisme. C'est à ce moment que débute l'aménorrhée. Aussitôt après, une autre liaison, la première avec une partenaire du même sexe, qui va durer cinq ans.

Sa partenaire joue dans cette liaison un rôle qui s'apparente à un rôle masculin et la soumet au régime de la « douche écossaise ».

Troisième dépression à la fin de cette liaison à l'âge de vingt-huit ans, avec des symptômes identiques. C'est à ce moment que débute l'obésité.

— A vingt-neuf ans, mariage par dépit, « pour avoir des enfants ». Le mariage dure deux mois. Elle divorce au bout de six mois et commence une vie de plaisirs et d'éthylisme.

— A trente ans, début d'une liaison de type conjugal avec une femme plus jeune qu'elle, très féminine, avec laquelle elle s'accorde en tous points. Cette fois-ci, elle joue le rôle masculin. En même temps, succès professionnel, mais à la condition d'une hyperactivité considérable, de voyages et d'un surmenage intense. Au cours de cette liaison, elle adopte une petite fille de six ans qu'elle confie à sa partenaire qui joue le rôle de la jeune mère.

— L'obésité s'accroît ; à l'âge de trente-deux ans, où elle consulte, la malade pèse 83 kg. Malgré deux endocrinologues consultés, dont l'un depuis l'âge de onze ans pour l'aménorrhée, l'état ne s'améliore pas et aucune étiologie organique ne peut être décelée.

● EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

La malade se défend contre l'hypothèse de maladie psychosomatique, prétend ne consulter que pour recevoir des conseils sur sa vie privée et aussi, pour qu'on lui trouve « un cas » dont elle puisse faire un roman.

Son comportement est normal, mais hyperactivité et réussite professionnelle.

Sujet extrêmement intelligent, rapide, efficace, exploitant bien ses dons sous une forme agressive, active, autonome. Mais difficulté de socialisation, s'est choisie une zone protégée où elle a réussi, et dont elle ne veut pas sortir.

Dans le couple homosexuel où elle joue le rôle viril, elle se réserve une certaine disponibilité, changeant de partenaire sans trop se cacher et donnant à la partenaire avec laquelle elle vit un ami masculin.

L'idée récente d'adopter un enfant traduit le désir de conduite masculine et en même temps une tendance de retour au passé, comme pour réparer ce passé qu'elle désavoue.

Sous cet ensemble en apparence euphorique et dynamique, une profonde tendance autodestructive, le thème du suicide apparaît souvent, aux tests projectifs.

Longtemps dominée par la peur du père, elle s'en est guérie en refusant totalement le rôle féminin, elle refuse d'investir affectivement, de s'engager (don juanisme féminin homosexuel).

En résumé :

- Rejet absolu du rôle féminin avec identification masculine.
- Ensemble symptomatique très construit sous forme de défense active qui fait que, la malade refusant toute psychothérapie organisée, est restée dans la même ligne : elle n'y croit pas pour elle-même, mais pour les autres et en particulier, pour réparer les dégâts moraux chez ses partenaires du moment, puisque, sept ans après le premier examen, elle adresse pour psychothérapie sa nouvelle partenaire, femme plus jeune, mince, gracile.

Nous savons par cette dernière que la malade continue à grossir malgré tous les traitements.

« Il n'est aucun problème humain qui ne puisse trouver sa solution, puisque cette solution est en nous. Mais la trouver, la dégager, l'appliquer, exige un effort d'une intensité et d'une fécondité particulières, puisqu'il s'agit d'un effort de conscience. »

(Alfred Sauvy.)

CHAPITRE V

DISCUSSION ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous n'avons pu citer au chapitre précédent, faute de place, que 7 observations sur les 30 que nous avons étudiées. Les remarques que nous avons pu faire à propos de ces 30 cas seront exposées sous deux chefs principaux :

I) LES SIGNES PERMETTANT DE PENSER A UNE AFFECTION PSYCHOSOMATIQUE

a) *Le syndrome psychosomatique d'alerte*

b) *Les principaux signes cliniques psychosomatiques*

II) ESSAI DE SYNTHÈSE PATHOGÉNIQUE

* *

I. Les signes permettant de penser à une affection psychosomatique

A. — LE SYNDROME D'ALERTE

Le diagnostic d'une affection psychosomatique est rarement posé par le psychosomaticien lui-même parce que celui-ci ne voit la malade que sur la demande du gynécologue ou du médecin praticien. Or, trop souvent ces derniers n'aboutissent au diagnostic d'affection psychosomatique que par l'élimination, devant l'absence de signes

objectifs, d'une atteinte organique. Ils réalisent ainsi la condition nécessaire — la condition suffisante étant représentée par la détermination objective des signes positifs d'une affection psychosomatique.

C'est pourquoi il nous est apparu comme intéressant de réunir ici en deux groupes (signes d'anamnèse et signes fonctionnels), les données historiques et cliniques les plus fréquemment rencontrées dans les observations psychosomatiques que nous avons pu consulter ou à l'établissement desquelles nous avons pu participer, en faisant accompagner chacune d'elles d'un bref commentaire.

I) SIGNES D'ANAMNESE

1. LES MALADIES PSYCHOSOMATIQUES DES ASCENDANTS ET COLLATÉRAUX

Elles prédisposent à l'atteinte psychosomatique, non seulement par la fragilisation héréditaire du terrain, mais aussi par l'atmosphère émotionnelle particulière dans laquelle l'enfant se trouve élevé.

2. LA GROSSESSE DIFFICILE DE LA MÈRE

En dehors des cas organiques précis de maladie de l'œuf ou d'affection maternelle déterminée, on sait que les grossesses difficiles correspondent le plus souvent à un refus inconscient de la maternité, du mari ou de l'enfant lui-même. On sait également que, même si la grossesse s'est bien terminée, la mère reporte sur sa fille, d'une façon toujours pathogène, ces motifs de refus.

3. LA DISSOCIATION FAMILIALE

La séparation précoce plus ou moins brutale des parents ou simplement leur mésentente chronique et quotidienne prend pour l'enfant un caractère dramatique, car il en tire deux conclusions également nocives : destruction précoce du mythe d'infailibilité des parents et croyance enracinée qu'il est lui-même la cause de la discorde.

4. LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE TYPE PSYCHOSOMATIQUE OU NÉVROTIQUE

Cette liste d'antécédents névrotiques est délibérément limitative puisqu'elle n'inclut pas les grands traumatismes générateurs de névrose qui sont généralement refoulés dans l'inconscient. Nous n'avons au contraire mentionné que les antécédents pathologiques, tels qu'ils peuvent être évoqués normalement dans un entretien par un gynécologue ou un praticien psychologiquement orientés : la peur du père ou le rejet de la fille par celui-ci, la dépréciation de la figure

masculine, le rejet précoce de la féminité, les jeux de garçons trop prolongés, les « tabous » sur les phénomènes sexuels avec explications mystiques ou traumatisantes, la participation induite de l'enfant aux deuils familiaux, les échecs scolaires répétés, enfin la promiscuité et l'inadaptation sexuelle.

5. SURMENAGE DANS L'ENFANCE

Les malades psychosomatiques sont souvent des enfants qui ont été surmenés sur le plan moteur, intellectuel ou affectif. On leur a trop demandé, soit par ignorance de leurs dispositions réelles, soit par surestimation de leur capacité de supporter les chocs émotifs. Ce sont très souvent les victimes d'un principe éducatif erroné, selon lequel l'enfant n'est qu'une réplique de l'adulte, alors qu'il est un individu profondément différent de celui-ci.

6. EDUCATION TROP SÉVÈRE

Mettant l'enfant devant l'alternative ou bien d'entrer en conflit avec l'autorité, ou de se renier lui-même, elle facilite l'extériorisation active des conflits (accidents, erreurs professionnelles) ou leur expression corporelle par le langage organique (troubles psychosomatiques). C'est surtout quand la sévérité a porté sur l'éducation sexuelle et qu'elle a entraîné la répression des manifestations sexuelles de l'enfance que l'on voit éclore les troubles psychosomatiques de nature génitale.

7. EDUCATION TROP LIBRE

L'excès de liberté dans l'éducation est tout aussi critiquable. On démontre facilement qu'il correspond à la démission familiale sous prétexte de modernisme. En fait, dans la mesure où l'éducation consiste en l'arbitrage harmonieux par le moi du conflit *id-superego*, on peut penser que le moi, insuffisamment formé, ne peut supporter à lui seul les charges, les demandes et les contrôles imposés par le super-ego. Le moi a encore besoin d'être représenté à l'extérieur de l'enfant par une figure protectrice. C'est pourquoi l'enfant livré à une éducation trop libre est en fait abandonné au hasard des relations avec les enfants de son âge (loi de la jungle infantile) et aux influences anarchiques des adultes autres que les parents.

8. LES DIFFICULTÉS FAMILIALES ACTUELLES

A mesure que l'enfant grandit, la famille s'élargit autour de lui et il doit tenir compte d'un nombre de parents de plus en plus important, en même temps qu'il apprend que ses parents eux-mêmes en

tiennent compte également. Quand ces relations entre parents prennent un caractère pathologique, elles se projettent sur l'enfant lui-même et trop souvent à un moment où son esprit critique et son indépendance de jugement ne sont pas encore développés. Le processus d'imitation et d'identification vis-à-vis des différents membres de la famille est alors nocif et joue un rôle dans la genèse des troubles psychosomatiques.

9. LES DIFFICULTÉS CONJUGALES DES PARENTS

Elles sont dans une large mesure le reflet des conflits infantiles, les conjoints transposant dans le mariage les modes de communication et de réaction qu'ils ont appris dans l'enfance.

10. LES DIFFICULTÉS MATÉRIELLES

Les difficultés matérielles dans le domaine financier, le logement, la discordance entre le niveau économique et culturel de la famille, jouent leur rôle de facteur précipitant, surtout dans la mesure où elles rétrécissent l'horizon vital et diminuent les possibilités d'action et de détente. Le phénomène est surtout marqué chez la « femme au foyer » qui se sent prisonnière de ses occupations quotidiennes, avec l'impression que tout est toujours à recommencer, d'où selon les cas, résignation ou agression. La malade prête alors une oreille plus attentive aux symptômes ou utilise ceux-ci en manière de protestation.

II) SIGNES FONCTIONNELS ACTUELS OU D'ACCOMPAGNEMENT

Le symptôme psychosomatique principal, pour lequel la malade consulte, est rarement isolé. Le plus souvent, il s'accompagne d'autres troubles psychosomatiques gynécologiques ou non gynécologiques.

Sur 28 observations, nous avons retrouvé 24 cas où les troubles des règles n'étaient pas isolés. Comme on le verra plus bas, il n'est pas rare de trouver plusieurs troubles psychosomatiques intriqués chez le même sujet. Au premier rang de ces troubles psychosomatiques on retrouve la frigidité, le vaginisme ou la dysparéunie, l'irrégularité menstruelle.

Sur 24 observations où un autre trouble psychosomatique est présent on relève :

— Frigidité	8 fois
— Vaginisme, dysparéunie	4 fois
— Règles irrégulières, oligoménorrhée	3 fois

— Troubles vago-sympathiques, migraines	3 fois
— Asthénie, hypersomnie	3 fois
— Obésité	3 fois
— Stérilité	2 fois
— Douleurs dorso-lombaires	1 fois

Chez 3 malades on retrouve donc la présence de 3 facteurs psychosomatiques intriqués.

Sur 30 cas de troubles des règles on a observé :

— Dysménorrhées	19 fois
— Oligoménorrhées, règles irrégulières, hypoménorrhées	4 fois
— Syndrome prémenstruel	3 fois
— Méno-métrorragies	2 fois
— Aménorrhée	2 fois

La prédominance des dysménorrhées adressées au psychosomatien s'explique peut-être par le fait que la douleur subjective inquiète moins le gynécologue que la malade, tandis que l'hémorragie reste pour le médecin un signe grave pour lequel il gardera plus longtemps la malade sous son contrôle.

B. — LES SIGNES CLINIQUES PSYCHOSOMATIQUES PRINCIPAUX

On n'acceptera un syndrome comme psychosomatique que lorsque tous les examens cliniques et biologiques sérieux seront restés muets, et qu'après élimination complète d'un trouble organique. Ce premier critère de diagnostic est absolu.

Le second est constitué par l'atmosphère psychosomatique d'alerte, éveillant les soupçons et que nous avons définie un peu plus haut. Elle est constituée par le psychisme parfois particulier de la malade et par la fréquence d'autres symptômes fonctionnels accompagnateurs.

Le troisième critère : le syndrome hormonal fonctionnel doit être précisé exactement car des perturbations biologiques peuvent exister, même si les lésions sont purement fonctionnelles.

Enfin, dernier critère, la recherche de l'étiologie psychologique : ce problème est parfois difficile et on peut le résoudre en s'aidant des

examens de laboratoire : tests d'intelligence et de personnalité, entretien psychologique.

Nous avons extrait des observations dont nous disposions, au nombre de 30, les signes cliniques psychosomatiques qui semblaient les plus déterminants et qu'il faut rechercher pour définir un trouble psychosomatique.

Nous avons relevé 15 signes cliniques que nous avons classés en 5 chefs principaux :

- la famille ;
- les éléments conjugaux ;
- l'éducation ;
- les facteurs surajoutés ;
- les facteurs sociaux : l'adaptation.

I) LA FAMILLE

1. LA MÈRE

La qualité de l'entente avec la mère est souvent mauvaise et dans 18 observations étudiées en ce sens, on trouve :

— Bonne entente	2 fois
— Entente moyenne	5 fois
— Mésentente	11 fois

Quatre comportements maternels particuliers ont été relevés :

- 1° Mère « gentille » mais absorbée, lointaine, *ne se manifestant pas*.
- 2° Mère brutale avec corrections (giffes, martinet) qui marquaient l'esprit encore plus que le corps.
- 3° Crieries maternelles continues éclatant de façon subite et stéréotypée à propos de tout.
- 4° Mère interventionniste, possessive, essayant de recommencer sa vie avec l'enfant comme moyen d'expression (« stage mothers » de Otto SPERLING).

2. LE PÈRE

Dans nos cas, la figure paternelle est souvent évoquée comme indifférente, lointaine. Le père reste l'amour de jeunesse mais sous une forme à jamais inaccessible. On le sent bon, tendre par nature, mais il dispense ailleurs ces qualités dont la mère n'est pas même

bénéficiaire. Il semble échapper, avoir des secrets, peut-être une autre vie.

3. LES FRÈRES ET SŒURS

Ils évoquent un sentiment double : affection (quelquefois intense, parce que report de la tendresse frustrée par les parents) et concurrence vitale et affective (place à prendre dans l'amour des parents). Le frère contribue très souvent par son attitude de rejet à maintenir la fille dans l'infériorité et le refus de la féminité.

4. LES SUBSTITUTS PARENTAUX

Ce sont surtout des substituts maternels : à un moment donné apparaît dans l'enfance l'image d'une femme douce, maternelle qui remplace la mère insuffisante, qui apporte plus d'idéal, plus d'intérêt à la vie, qui a le temps de s'occuper du sujet. De tout cela, la malade aura profité plus ou moins selon ses dispositions. Dans beaucoup de cas cette « ouverture » sur ce qui pourrait être se transforme en amertume pour ce qui n'a pas été.

II) LES ELEMENTS CONJUGAUX

5. LE MARI

Souvent mauvaise entente (2/3 des cas environ), mépris du mari, parfois indulgent, parfois amusé, rarement aiguisé, soit que ce mari n'arrive pas à la hauteur du père admiré, soit qu'il ait déçu « techniquement » dans l'acte sexuel, soit qu'il se diminue par des côtés mesquins, inquiets, que les malades elles-mêmes qualifient de féminins.

6. LA MAUVAISE ENTENTE SEXUELLE

Les rapports sexuels sont souvent insatisfaisants chez les femmes présentant des troubles gynécologiques psychosomatiques.

Sur 18 observations étudiées :

— Rapports sexuels bons	3 cas
— Rapports sexuels moyens	1 cas
— Rapports sexuels insatisfaisants	14 cas

7. LES ENFANTS

Dans nos cas, ils sont trop jeunes pour qu'il ait été possible de les examiner psychologiquement. Ils sont évidemment victimes des mêmes difficultés psychiques qui ont présidé à l'établissement des troubles psychosomatiques.

III) L'EDUCATION

8. LES ÉLÉMENTS NUTRITIFS. LE FACTEUR ALIMENTAIRE

Certaines femmes actuellement âgées de vingt à vingt-six ans, qui ont souffert de privations pendant l'occupation, en ont été marquées plus moralement que physiquement. La faim survenant vers quatre-cinq ans, à un moment où la petite fille est jugée « assez grande » pour partager les privations de la famille, peut rester dans le souvenir comme un facteur diminuant qui, plus tard, contribue à contrarier l'épanouissement sexuel.

9. LE REFUS DE LA FÉMINITÉ

Le refus de la féminité est le facteur retrouvé le plus souvent à l'origine des troubles psychosomatiques menstruels : on le rencontre presque toujours et notamment chez les dysménorrhéïques : sur 13 observations de dysménorrhée psychosomatique, on le retrouve 13 fois.

10. LA MAUVAISE INFORMATION SEXUELLE

Comme nous l'avons exposé dans la pathogénie (*Chapitre III*) :

- silence absolu livrant l'enfant aux suppositions personnelles et aux initiations d'école ou de rue ;
- tabous religieux ou sociaux renforcés avec menaces de punitions ;
- détails « affreux » sur les relations sexuelles et leurs conséquences.

11. LE NIVEAU INTELLECTUEL ET CULTUREL

Chez les 18 sujets qui ont été examinés et chez qui on a pratiqué entretiens psychologiques et tests d'intelligence, on retrouve très rarement un niveau intellectuel élevé :

— Niveau intellectuel élevé	2 cas
— Niveau intellectuel moyen	6 cas
— Niveau intellectuel bas	10 cas

Il serait trop facile, comme on l'a soutenu, de prétendre que les intellectuelles font plus facilement des névroses et les manuelles ou moins bien douées, des troubles psychosomatiques. Une expérience plus étendue montre semble-t-il que névroses et troubles psychosomatiques peuvent alterner chez un même malade.

IV) LES FACTEURS SURAJOUTES

12. LES FACTEURS SURAJOUTÉS et
13. LES TROUBLES DES RÈGLES ont été décrits au paragraphe II du présent chapitre.
14. LES TRAUMATISMES SEXUELS (tentatives de viol, exhibitionnisme, menaces, etc.) ont une importance variable. Généralement, ils ne font que concrétiser et actualiser une situation préalablement perturbée par les complexes infantiles.

V) LES FACTEURS SOCIAUX — L'ADAPTATION

15. L'ADAPTATION SOCIALE est généralement mauvaise. Sur 12 observations où ce domaine a pu être exploré, on retrouve 8 cas où elle est défectueuse. Ce sont surtout les dysménorhées frigides qui, au propre comme au figuré, manquent de souplesse (souplesse d'esprit comme souplesse tissulaire). Elles passent sans paraître comprendre, dans la famille, à l'école, au travail.

* *

II. Essai de pathogénie synthétique

L'étude psychosomatique des troubles menstruels pose le problème de leur psychogenèse : cette psychogenèse existe-t-elle ? Existe-t-il des troubles purement psychogéniques ?

Dans tous les cas où la cause psychologique est rendue évidente par son caractère violent et dramatique, on peut répondre par l'affirmative.

On peut également soutenir que les traumatismes psychologiques latents mais répétés exercent une action pathogène au moins aussi grave.

Mais si la condition psychologique est, par définition, nécessaire, est-elle suffisante ? Toutes les femmes ayant été dans leur enfance ou leur adolescence exposées aux traumatismes psychiques énoncés plus haut (*Chapitre III*) développent-elles des troubles menstruels ?

On peut répondre par la négative. La condition pour que les troubles psychologiques retentissent sur la fonction menstruelle, c'est l'existence d'un terrain particulier que les progrès de l'hormonologie permettront peut-être un jour de caractériser. La localisation sexuelle du trouble psychique, son intensité et ses caractéristiques particulières (oligoménorrhée ou méno-métrorragie, aménorrhée ou dysménorrhée) vont dépendre des combinaisons variables entre les différentes causes psychiques et les éléments du terrain.

On retrouve d'ailleurs entre causes pathogènes classiques (infectieuses par exemple) et psychogènes un parallélisme assez étroit : on décrit un bacille et un terrain tuberculeux, mais la localisation et l'intensité de l'affection sont très variables et pour l'instant imprévisibles.

Il en est de même en pathologie psychosomatique : dans l'état actuel de nos connaissances, il est difficile et parfois inexact d'établir une liaison rigoureuse entre le facteur psychologique et le symptôme clinique. C'est la raison pour laquelle au *Chapitre III*, réservé à la pathogénie, il nous a semblé plus logique d'énoncer les facteurs pathogènes d'une façon analytique sans préjuger de leurs conséquences génitales.

Nous allons cependant essayer de définir brièvement la pathogénie synthétique de chacun des principaux troubles menstruels, tout en mettant en garde contre une interprétation trop rigoureuse ou trop logique de ce qui ne sera jamais rigoureux ni logique.

ESSAI DE PATHOGÉNIE SYNTHÉTIQUE

I) AMENORRHEE

a) *Les chocs émotionnels :*

- brutaux : les aménorrhées dites de guerre ;
- « chroniques ».

b) L'aménorrhée correspond parfois à une grande régression, avec *abandon* de toute maturité, de toute prétention à l'indépendance et à l'affirmation de soi, par conséquent au *refus de la féminité* (DUNBAR, KROGER et FREED) dont deux des causes principales sont :

c) *L'œdipe mal surmonté.*

d) *Le sentiment de culpabilité.*

II) SAIGNEMENTS UTERINS ANORMAUX (MÉNORRAGIES, MÉTRORRAGIES, RÈGLES IRRÉGULIÈRES)

- a) *Les traumatismes émotionnels.*
- b) *Les craintes :*
 - de la grossesse ;
 - de l'acte sexuel.
- c) Schématisant à outrance, on pourrait soutenir que les saignements utérins anormaux sont le domaine de l'agression féminine contre la figure masculine (GILL, HEIMAN, CHADWICK) et parfois celui de l'attitude ambivalente de la femme vis-à-vis de l'homme (BALINT, KROGER et FREED, TAYLOR).

III) DYSMENORRHEE

La dysménorrhée est le domaine du conflit :

- a) Conflit entre *tendance féminine* et *tendance masculine*. La tendance féminine se heurte à la constatation des « avantages » physiques, psychologiques et sociaux réservés à l'homme.
- b) Conflit entre la tendance féminine et les *frustrations* sexuelles, de tendresse et de sécurité. Ce conflit est favorisé par les cinq facteurs déjà décrits et que nous rappelons ici :
 - manque d'amour maternel ;
 - agression contre l'homme (WEISS et ENGLISH, GIFFIN) ;
 - rivalité fraternelle (SILLING) ;
 - culpabilités ;
 - refus de la féminité (GREGORY, ROBBINS, KROGER et FREED, WITTKOWER et WILSON, BENEDEK et RUBINSTEIN).

IV) SYNDROME PREMENSTRUEL

Quelle que soit l'importance des facteurs hormonaux dans la pathogénie des symptômes prémenstruels, les peurs et les craintes y jouent un rôle certain :

- a) Peur de la grossesse.
- b) Peur et dégoût des règles à venir.

Résumons ces données sur un tableau synthétique :

	<i>Dysménorrhée</i>	<i>Aménorrhée</i>	<i>Saignements utérins anormaux</i>	<i>Syndrome préménstruel</i>
Refus de la féminité	+	+		+
Culpabilité	+	+		
Agression contre l'homme	+		+	
Les craintes	+		+	+
Chocs émotionnels ..	+	+	+	

* *

Dans cet ouvrage, nous avons mis presque uniquement l'accent sur l'aspect psychologique des perturbations menstruelles. C'est volontairement que l'aspect somatique des symptômes n'y a pas été abordé. Cet aspect n'en est pas moins resté présent à chaque instant. Il est en effet nécessaire pour le médecin de considérer à égalité les facteurs organiques et psychiques et même de les unir dans un même effort diagnostique et thérapeutique. Pour cela, il doit connaître aussi bien la structure affective et psychique de la femme que sa structure anatomique et physiologique.

CONCLUSIONS

I. — Ce qui fait l'individualité de la médecine psychosomatique, c'est qu'elle se situe au confluent de quatre disciplines : médecine, physiologie, psychologie, psychiatrie. La gynécologie psychosomatique en représente un domaine important et les perturbations menstruelles sont un motif de consultation fréquent.

II. — Les perturbations menstruelles d'ordre psychosomatique les plus souvent rencontrées sont les dysménorrhées, les règles irrégulières, les syndromes prémenstruels ; elles sont souvent intriquées et il est arbitraire de les séparer. Il s'y surajoute très fréquemment chez la même malade d'autres troubles psychosomatiques d'ordre gynécologique comme la frigidité, le vaginisme, les algies pelviennes, le prurit vulvaire, l'obésité qui donnent au symptôme une allure particulière par le climat fonctionnel dans lequel il évolue.

III. — Nous avons établi la pathogénie analytique puis synthétique de ces perturbations. La description des critères pathogènes particuliers à chaque perturbation menstruelle nous a paru d'un intérêt uniquement didactique. En pratique, il importe de s'attaquer aux lésions psychologiques pathogènes qui sont souvent communes à chaque trouble.

IV. — Nous les avons classés en cinq groupes, selon l'ordre d'apparition au cours de la vie affective de la malade.

- a) Renonciation à la féminité : deux raisons principales :
 - mauvaises relations mère-fille ;
 - complexe d'Œdipe non résolu.
- b) Culpabilité pour :
 - les questions sexuelles ;
 - l'Œdipe.
- c) Agression vis-à-vis de l'homme.
- d) Les craintes de la grossesse et de l'acte sexuel.
- e) Les traumatismes émotionnels.

V. — Ces facteurs, inapparents parce que faisant l'objet d'une répression efficace, ne peuvent être découverts à un premier examen, pas plus qu'ils ne doivent être abordés de front aux examens suivants.

C'est toutefois leur connaissance précise qui permettra au médecin d'assumer vis-à-vis de la malade l'attitude à la fois compréhensive et rassurante qui fait partie intégrante de toute thérapeutique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
VARANGOT

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- AMELINE et BOITELLE (G.). — Les rapports psychosomatiques en gynécologie. (*Bull. Féd. Gyn. et Obst. de Langue Française*, Paris, 1950, n° 2 bis.)
- ALEXANDER (F.). — Psychosomatic medicine. (W. Norton, 1950. Traduction française, Payot, 1952.)
- BASS (F.). — L'aménorrhée au camp de concentration de Terezin. (*Gynécologie*, 1947, 123.)
- BEAUVOIR (S. DE). — Le deuxième sexe. (N.R.F.)
- BENEDEK (T.). — Troubles des fonctions sexuelles chez la femme. (In *Médecine Psychosomatique* de Alexander, Payot, 1952.)
- BERNSTEIN (I.C.). — Psychiatric aspect of dysmenorrhea. (*Postgraduate Med.*, 20, p. 532.)
- BOILEAU. — Une consultation hospitalière psychosomatique. (*Gynécologie Pratique*, 1957, 8, 4.)
- BOSS MEDARD. — Introduction à la médecine psychosomatique. (P.U.F., 1959.)
- BOURDEAUX (M.G.). — Les aménorrhées d'origine émotionnelle. (*Thèse*, Paris, 1951.)
- BOYD (S.) et VALENTINE (S.). — Le test de l'association de mots dans les dysménorrhées : une étude polygraphique. (*The British Journal of Medical Psychology*, Londres, 1953, I, p. 56.)
- BRICAIRE et LEPRAT. — Le syndrome prémenstruel. (*La Revue du Praticien*, 21 juin 1958, 8, n° 18.)
- COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital féminin. (Paris, Masson, 1949.)
- DECOURT (J.) et MICHARD. — Les aménorrhées de cause psychique. (*Revue du Praticien*, 1953, 3 (1), 27.)
- DEUTSCH (H.). — La psychologie des femmes. (P.U.F., 1953, I et II.)
- Documents Midy*. — Gynécologie psychosomatique. (Services d'Etudes des Laboratoires Midy, Paris, 1959.)

- DONOVAN. — Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology. (*Journal Obst. and Gyn.*, January 1958, 75, 1.)
- EASLEY (E.B.). — Gynecologic repercussions of modern social life. (*American Journ. Obst. Gyn.*, December 1956, 72, p. 1261.)
- FABRE (M.). — Les métrorragies émotives. (*Thèse*, Paris, 1921.)
- FERGUSON et VERMILLION. — Premenstrual tension. (*Obst. and Gynec.*, May 1957, vol. 9, n° 5.)
- GARDINER. — Psychosomatic gynecology; preliminary reports on diagnostic and therapeutic procedures. (*Obst. and Gyn.*, August 1956, 8, p. 125.)
- GIFFIN (M.E.). — Psychosomatic aspects of gynecology. (*Obst. and Gyn.*, April 1955.)
- GREENHILL. — Facteurs émotionnels de la stérilité féminine. (*Gyn. and Obst.*, June 1956, vol. 7, n° 6.)
- GREGORY (B.A.S.G.). — The menstrual cycle and its disorders in psychiatric patients. (*Journ. of Psychosomatic Research*, November 1957, I et II, vol. 2, n° 1 et n° 3.)
- HEIMAN. — Psychological influences in uterine bleeding. (*Obst. and Gyn.*, March 7, 1956.)
- HELD (R.). — Le cercle vicieux psychosomatique dans la pathogénie du cycle hormonal féminin. (*Evolution Psychiatrique*, 1953.)
- HORVATH. — Aménorrhée des détenues. (*Gynecologia*, 1947, 123.)
- HUVE (P.M.). — Dysendocrinies d'origine psychique. Problèmes psychosomatiques. (*Thèse*, Paris, 1950.)
- ISRAEL et BEN PECKHAM. — Présentation et interprétation d'un cas. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, September 1959, vol. 78, n° 3.)
- KROGER. — Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology. (*Obst. and Gyn.*, May 3, 1954.)
- KROGER et FREED. — Psychosomatic gynecology. (Illinois, The Free Press Glencoe, 1956.)
- Psychosomatic manifestations of the menstrual cycle. (*Psychosomatic Medicine*, 1950, 12.)
 - Psychosomatic factors in functional amenorrhea. (*American Journal Obst. and Gyn.*, 1950, 59, 2.)
- KAMBOURAKIS. — Le facteur neuro-psychique dans le cycle génital de la femme. (*Revue Française de Gyn. et Obst.*, Paris, 1953, 9.)
- LAWRENCE (D.H.). — Fantaisie de l'inconscient. (Paris, Stock, 1932.)
- LIMET. — Réflexions sur les mécanismes pathogéniques des dysménorrhées primaires. (*Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, janvier 1956, 8, n° 1, 4.)

- MANDY et MANDY. — The emotional aspects of obstetric and gynecologic disorders. (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1950, 60.)
- MANN. — Psychiatric investigation of habitual abortion. (*Obst. and Gyn.*, June 7, 1956.)
- MARIE-MAGDELEINE (S.K.). — La dysménorrhée. Considérations actuelles. (*Thèse*, Paris, 1957.)
- MAYER (M.) et MORALI-DANINOS (A.). — La discipline psychosomatique en gynécologie et en obstétrique. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 29^e année, mars 1953, n° 18.)
- MAYER (M.), MORALI-DANINOS (A.), RAIMBAULT (G.) et CERF (F.). — Aspects psychosomatiques de la relation mère-enfant. (*1^{er} Congrès de Médecine Psychosomatique*, Vittel, juillet 1960.)
- MERGER et LÉVY. — *Bulletin Féd. Gyn. et Obst.*, 1955, n° 2 bis.
- MICHEL-WOLFROMM (H.). — Interférence du psychisme sur les troubles génitaux. (*Semaine Médicale*, 1953, 35.)
- La gynécologie psychosomatique. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, t. I, Gynécologie.)
- MORALI-DANINOS (A.). — La psychologie appliquée. (Paris, Nathan éd., 1957.)
- MORALI-DANINOS (A.), CANIVET (N.) et CERF (F.). — La relation mère-enfant dans le Rorschach. (*Symposium du Groupement Français de Rorschach*, Paris, 18-19 juin 1960.)
- NACHT (S.). — Pathologie de la vie amoureuse. (Paris, Denoël, 1937.)
- NAJERA (V.). — Gineopsicosoma-ansioso. (*Medicina*, Madrid, septembre 1957.)
- NIXON (W.C.W.). — Menstrual disorders. (*Practitioner*, November 1956, 177.)
- POMES. — Psychosomatique et gynécologie. (*Thèse*, Bordeaux, 1956.)
- RACAMIER. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, t. II, Psychiatrie.
- ROBBINS (F.P.). — Psychosomatic aspects of dysmenorrhea. (Chicago, Illinois, Original Communication.)
- ROEMER (H.). — Consideraciones sobre las llamadas enfermedades psicomaticas en ginecologia. (*Tok. Ginecologia Practica*, 18 janvier 1959.)
- SCHWEICH (M.). — Contribution à l'étude des aménorrhées psychosomatiques. (*Thèse*, Paris, 1951.)
- Etude psychosomatique d'un cas d'aménorrhée. (*Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, 1951, 5.)
- SEGUY. — Dysménorrhées. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 4 février 1959, 35, n° 6.)
- SPAGNE (G.H.), WIECKERS (J.E.) et HUBER (C.P.). — Rapport préliminaire sur le diagnostic et la thérapeutique en gynécologie psychosomatique.

- SWENNERUD (S.). — Disménorrhée et absentéisme. (*Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavia*, 1952, vol. 38, fasc. 9, suppl. 2.)
- THIS (Bernard). — La psychanalyse. (Casterman, 1960.)
- VALETTA. — Spurious pregnancy. (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1939, 15.)
- VARANGOT (J.). — Thérapeutique hormonale des dysménorrhées. (*Presse Médicale*, 21 février 1940, 48, 220.)
- VARANGOT (J.) et JEANDIDIER (H.). — L'utilisation de la folliculine administrée au début du cycle dans le traitement de la dysménorrhée dite « essentielle ». (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1945, t. XXI, p. 906.)
- WALLIS (R.). — Passions et maladies. (N.R.F., 1950.)
- WEISS et ENGLISH. — Psychosomatic medicine. (Philadelphie, Saunder Cie, 1943.)
- WERRA (DE). — Psychosomatic disorders in gynecology. (*Gyn. and Obst.*, April-May 1956, 55.)
- WITTKOVER et CLEGHORN. — Recent developments in psychosomatic medicine.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
DIVISIONS DE L'OUVRAGE	13
HISTORIQUE	14
Chapitre I. — CARACTÉRISTIQUES PSYCHOSOMATIQUES DU DÉVELOPPEMENT AFFECTIF DE LA FEMME	17
Chapitre II. — CLASSIFICATION DES PERTURBATIONS MENSTRUELLES. RAPPEL CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE ÉLÉMENTAIRE	22
— <i>Anomalies par défaut</i>	23
— <i>Anomalies par excès</i>	26
— <i>Anomalies qualitatives</i>	27
Chapitre III. — PATHOGÉNIE	32
— <i>Refus de la féminité</i>	35
— <i>La culpabilité</i>	38
— <i>Agressivité vis-à-vis du conjoint</i>	39
— <i>Les craintes</i>	41
— <i>Les chocs émotionnels</i>	42
Chapitre IV. — OBSERVATIONS	45
Chapitre V. — DISCUSSION ET CONCLUSIONS GÉNÉRALES	60
I. Les signes permettant de penser à une affection psychosomatique	60
— <i>Le syndrome d'alerte</i>	60
— <i>Les signes cliniques psychosomatiques principaux</i>	64
II. Essai de pathogénie synthétique	68
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

50

70